4

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928 **THÈSE** N° 263

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles, Georges FANJAUD

Né le 18 Novembre 1899 à St-Marcel (Aude)

LES SILLONS DE LA LANGUE

LEURS RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS ET L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. ROGER, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles, Georges FANJAUD

Né le 18 Novembre 1899 à St-Marcel (Aude)

LES SILLONS DE LA LANGUE

LEURS RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS ET L'HÉRÉDO-SYPHILIS

Président : M. ROGER, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE .	**Neurologie et psychiâtre**
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BROCQ	**Pathologie chirurgicale.**
BRULÉ.	Pathologie médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale
CHABROL	**Pathologie médicale.**
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
DOGNON	**Physique.**
DONZELOT . . .	**Pathologie médicale.**
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FESSINGER. . .	**Pathologie médicale.**
GARNIER . . .	Pathologie expériment.
GATELLIER. . .	**Pathologie chirurgicale.**
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER .	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL	**Pathologie médicale.**
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri) .	Chimie biologique.
LARDENNOIS .	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE . . .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	**Anatomie pathologique.**
LEVY-SOLAL . .	Obstétrique.
LHERMITTE . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU. . . .	Pathologie chirurgicale
METZGER. . . .	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	
MULON	Histologie.
PHILIBERT . .	Bactériologie.
QUENU	**Pathologie chirurgicale.**
RICHET Fils . .	Physiologie.
SEZARY.	**Dermatologie et Syphiligraphie.**
VALLERY-RADOT (P.) . .	**Pathologie médicale.**
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VELTER	**Ophtalmologie.**
VERNE	Histologie.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BUSQUET	**Pharmocologie.**
BUTIOT	Obstétrique
LEQUEUX. . . .	**Obstétrique.**
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

M	
RETTERER. .	Histologie.
TANON.	**Pathologie médicale.**
ZIMMERN. . . .	Physipue.

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE. . . .
AUVRAY . . . . } Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LE LORIER . . . Clinique obstétricale.
LEREBOULLET . Clinique médicale infantile.

MM.

LERI . . . . . } Clinique médicale.
GOUGEROT. . . }
MOCQUOT. . . . Clinique chirurgicale.
PROUST . . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé . . . } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY . . . . . Stomatologie
CHAILLEY-BERT . . . . . Education physique.
LEDOUX-LEBARD . . . . . Radiologie clinique

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE
MORT AU CHAMP D'HONNEUR
LE 2 NOVEMBRE 1914 A WYSCHAETE (BELGIQUE)

A MA MERE

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE PHYSIOLOGIE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VIARD

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et nous a souvent aidé de ses conseils au cours de notre travail.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTE

INTRODUCTION

L'existence de l'hérédo-syphilis de première génération est aujourd'hui universellement admise. Depuis les nombreuses recherches du Professeur A. Fournier et surtout de son fils le Docteur Edmond Fournier, des Docteurs Barthélémy et Jullien, en France, du Professeur Tarnowsky et de Finger, à l'étranger, la syphilis héréditaire de deuxième et troisième génération ne fait de doute pour personne; sa réalité avait cependant été longtemps contestée.

Le résultat de ces travaux, dont l'importance paraît avoir été pendant quelque temps négligée semble depuis plusieurs années avoir intéressé à nouveau de nombreux cliniciens. Cette question présente en effet un gros intérêt car on sait bien que la descendance des hérédo-syphilitiques est aussi largement touchée, souvent même davantage, que celle des malades atteints de syphilis acquise. C'est du moins ce qui résulte de toutes les statistiques et, en particulier, de celles d'Edmond Fournier.

On nous objectera certainement, que Fournier eût

quelque peine à rassembler 116 observations de syphilis héréditaire de seconde génération, dont il cherchait à démontrer l'existence. Nous répondrons à cela, que pour faire cette preuve, il mit dans son travail une rigueur scientifique telle, que dans bien des cas, elle est incompatible avec les difficultés de la clinique.

On ne saurait croire, en effet, combien ces cas de vieilles syphilis familiales, sont nombreux, combien de familles ont été décimées, pendant plusieurs générations, par ce fléau.

Il faut avoir suivi une consultation quelque peu spécialisée dans cette recherche pour s'en faire une idée à peu près exacte.

Le dépistage de l'hérédo-syphilis, surtout quand elle date de plusieurs générations, est chose délicate. Elle reste souvent latente pendant de longues années, fréquemment ses manifestations n'ont aucun caractère spécifique. Une recherche particulièrement minutieuse, un interrogatoire long et détaillé, qui ne sont d'ailleurs pas toujours concluants, seraient donc nécessaires, ils sont presque toujours négligés.

Restent les stigmates sur lesquels on a déjà tant insisté. On en a décrit de nombreux, tous ont trouvé des partisans et des détracteurs convaincus. La triade d'Hutchinson si caractéristique et dont la valeur n'est actuellement plus discutée, rare déjà dans l'hérédo-syphilis de première génération ne se voit pour ainsi dire jamais dans les syphilis héréditaires plus anciennes.

Monsieur le Docteur Viard, à sa consultation de l'Hôpital Saint-Antoine, à plusieurs reprises attira notre attention sur la fréquence des sillons de la langue chez les hérédo-syphilitiques et c'est sur ses conseils que nous en avons fait le sujet de notre thèse.

Hâtons-nous de dire que la description de ce stigmate n'est pas nouvelle et que M. le Professeur Gaucher a déjà insisté sur sa valeur. Mais sous ce nom de sillons de la langue, nous ne décrirons pas seulement les sillons de Gaucher, nous y joindrons l'étude de la langue scrotale qui nous paraît la plus typique des langues sillonnées.

Nous avons pu constater, en effet, qu'entre la langue scrotale la plus caractéristique et la langue présentant seulement quelques sillons, tous les états intermédiaires existent, c'est pourquoi leur description séparée, nous semble tout à fait artificielle.

Les sillons de la langue ont déjà donné lieu à de nombreuses discussions étiologiques, qui n'ont pas abouti à des conclusions formelles. Tandis que certains leur attribuent comme stigmate d'hérédo-syphilis une valeur indiscutable, pour bien d'autres ils n'auraient aucune signification.

La plupart des travaux qui ont été faits sur ce sujet étant antérieurs à la réaction de Bordet-Wassermann on aurait pu croire que celle-ci aurait apporté quelque clarté. En réalité, cette réaction, même avec les techniques les plus sensibles, se montre parfois né-

gative dans la syphilis acquise. Il en est malheureusement et bien plus souvent de même dans la syphilis héréditaire. Les tentatives de réactivation sont, dans ce dernier cas, rarement couronnées de succès, de sorte que la réaction de Bordet-Wassermann n'a qu'une valeur tout à fait secondaire dans la recherche de l'hérédo-syphilis, surtout quand il s'agit d'hérédo-syphilis dystrophique.

Si l'on ne peut accorder aucune signification à une réaction négative, nous pensons cependant, qu'on devra attribuer une grande valeur à une réaction positive et sur ce point, notre opinion est absolument conforme à celle des divers auteurs qui ont étudié récemment cette question.

Cette réaction doit en somme être recherchée comme on recherche un symptôme, elle doit même être considérée comme un bon symptôme; positive, elle permet de conclure avec une certitude quasi absolue à l'existence de la syphilis acquise ou héréditaire; négative, elle ne permet pas de l'éliminer.

Assez souvent, les réactions sérologiques sont discordantes, le Wassermann étant négatif tandis que le Hecht est positif. Cette discordance a été fréquemment signalée dans l'hérédo-syphilis; on la retrouvera dans plusieurs de nos observations où la syphilis héréditaire pouvait rester douteuse et qui ont été très heureusement complétées par ces réactions.

Nous devons ces observations à l'amabilité du docteur

Viard que nous tenons à remercier ici des nombreux conseils qu'il nous a prodigués et de la possibilité qu'il nous a donnée d'étudier notre sujet de thèse et d'en compléter les observations à sa consultation.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Nous avons retrouvé de nombreuses observations de sillons de la langue. La plupart se rapportent à l'état le plus accentué de ces sillons, c'est-à-dire à la langue scrotale. Cet état si spécial de la langue est décrit sous des noms divers qui donnent une idée plus ou moins exacte de son aspect : langue cérébrale, cérébriforme, fissurale, ravinée, montagneuse. Le Docteur Payenneville qui en a fait son sujet de thèse, à, sur les conseils du Professeur Fournier adopté le nom de « *langue plicalurée symétrique, congénitale* ». On pourrait lui objecter que, si la symétrie est fréquente, elle est cependant loin d'être constante et parfaite.

Les auteurs anglais l'ont appelée : « *cracked longue* » et plus récemment « *scrotal longue* ».

En Amérique : « *longue ressembling beefsteak* ».

Les Allemands, seuls, paraissent se refuser à adopter le nom de langue scrotale qu'ils estiment « *manquer de goût* » et emploient les dénominations de « *Fleischzunge, Fallenzunge* » ou bien « *Lingua plicata* ».

Nous avons adopté le nom de langue scrotale dû à Horand, médecin de l'Antiquaille de Lyon, pour désigner l'état le plus accentué des sillons de la langue C'est, croyons-nous, le plus communément employé actuellement et s'il est quelque peu *trivial*, selon l'expression du Professeur Fournier, il a l'avantage incontestable d'évoquer immédiatement, l'aspect le plus fréquent de cette curieuse anomalie.

M. le Docteur Viard, a souvent comparé cette langue à la face maternelle d'un placenta, et s'il fallait ajouter une dénomination nouvelle à cette terminologie, déjà si riche, nous emploierions volontiers, avec lui, le nom de langue placentaire.

Les sillons simples de la langue ne paraissent avoir attiré que l'attention des auteurs français et sont de description beaucoup plus récente.

La plupart des observations que nous avons pu retrouver mentionnent la langue scrotale comme une simple curiosité, l'étiologie a été rarement recherchée, la possibilité d'une syphilis héréditaire n'a pas été souvent envisagée.

L'étiologie ayant surtout retenu notre attention, nous ne nous arrêterons pas longuement à chacune de ces observations et il en est beaucoup que nous ne mentionnerons qu'à titre purement documentaire.

C'est croyons-nous Godson qui, en 1840, dans « *The Lancet* » cite les deux premiers cas de « *cracked tongue* », qui étaient probablement compliqués de glossite aigue et qu'il semble considérer comme une affection passagère.

En 1875 Rigal dans l'article *Semeiologie de la langue* du Dictionnaire de Chirurgie et Médecine, considère la langue scrotale comme congénitale et compatible avec une santé parfaite. Il signale l'hypertrophie de la langue ainsi que l'hypertrophie papillaire.

Vidal en 1877, en observe un cas dont le moulage fut exposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

La thèse que Lemonnier soutint en 1883 sur «*la glossite exfoliatrice marginée*» mentionne un cas de langue scrotale familiale, coïncidant avec l'affection que décrit l'auteur.

Butlin en 1885, dans son Traité des maladies de la langue, décrit cette curieuse anomalie linguale.

Citons encore les observations du Docteur Henry, (de Melbourne) en 1887, la description du Docteur Brocq dans son Traité des maladies de la peau (1892). La même année le Docteur Bloch en apporte une observation à la Société de Stomatologie. Le Docteur Chompret, le premier signale qu'il a observé tous les états intermédiaires entre la simple accentuation du sillon médian et les sillons nombreux et ramifiés.

En 1900, Rodier présente à la Société de stomatologie un malade porteur de langue scrotale. L'observation incomplète ne permet aucune hypothèse étiologique. Le Docteur Cruet considère ces cas comme très rares, le Docteur Barthélémy, intervenant également dans la discussion veut en faire une langue parasyphilitique.

Lang, en 1901, en communique une observation à la Société de Dermatologie de Vienne.

Bénard, dans *La Pratique Dermatologique* (1901) en donne une bonne description et signale l'opinion pathogénique des auteurs anglais et allemands, pour qui il y aurait hypertrophie primitive de l'organe qui se plisserait secondairement par tassement entre les arcades dentaires relativement trop étroites.

Le Dr P. Fredet (1902) dans une communication à la Société anatomique de Paris donne le résultat d'un examen histologique et insiste sur ce fait que, dans le cas qu'il signale, la langue scrotale était acquise chez un malade atteint de syphilis acquise.

La même année MM. Gaucher et Milian en observent un cas chez un hérédo-syphilitique, ils en citent un autre où la langue scrotale n'était associée à aucun stigmate, mais le père du malade était syphilitique.

Newborn, Hasler, Marco-Levi-Bianchini, en 1903, en publient chacun une observation.

Barthélémy (1904) cite cinq cas d'hérédo-syphilis de seconde génération. Dans l'un d'eux, le malade « *âgé de trois ans à une langue bizarre, desquamée, crevassée, fissuraire* »...

Bussière en 1904 en donne également une observation très incomplète.

Testut et Jacob (1905) signalent la langue scrotale dans leur anatomie topographique.

Ed. Fournier (1905) donne 116 observations de syphilis héréditaire de seconde génération, nous retrouvons la langue scrotale dans l'observation n° 50.

La même année Payenneville soutient sa thèse sur ce sujet et en donne 30 observations.

MM. Gaucher et Milian (1905) en observent encore un cas coïncidant avec : kératose palmaire et plantaire symétrique, congénitale, malformations multiples, leucoplasie des lèvres et des joues, dans lequel ils ne retrouvent « *par l'anamnèse du moins* » aucune tare capable de l'expliquer, ni alccolisme, ni syphilis.

Dubreuil-Chambardel en 1906 y consacre également un article et lui dénie toute valeur comme marque d'hérédité pathologique et comme stigmate de dégénérescence ou de criminalité.

En 1907, Danlos et Blanc observent deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale.

Signalons encore les deux observations incomplètes de Bonnet (1907), celle de Ashiwara (1908) celle de G. Rouvière (1909) où la syphilis héréditaire nous semble très probable, celle de Parounagian (1911) chez un jeune homme et chez sa sœur, l'observation de Simonyi (1912), une courte étude de Lutembacher dans la *Revue de Stomatologie* (1912), les quinze observations de Comby (1912) qui ne retrouve l'hérédo-syphilis dans aucun cas. La communication du Professeur Gaucher à l'Académie de Médecine sur : « *la langue fissurée ou fendillée, son origine syphilitique ou hérédo-syphilitique* ». Une étude détaillée de G. Raillet (de Reims) sur laquelle nous aurons à revenir.

Plus récemment, les observations de langue scrotale chez des hérédo-syphilitiques se sont multipliées. Nous en trouvons un cas dans la thèse de Paget (1921).

Dans un travail d'Audrain *Sur divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée* portant sur 30 observations familiales. nous en trouvons deux cas.

Levy-Franck et Juster (de Strasbourg) en donnent une observation chez une basedowienne hérédo-syphilitique (1922).

Le Dr Brocq, la même année décrit «*l'hyperplasie superficielle, cérébriforme de la langue*» qui a beaucoup d'analogies avec la langue scrotale.

Dubreuil-Chambardel (1923) décrit « *les sillons et les rides de la langue* ». Il divise les sillons de la langue, en sillons congénitaux comprenant la langue scrotale et sillons acquis qu'il considère comme des rides de la langue et « *comme faisant partie du processus normal de gérontisme de l'organe lingual* ».

B. Barker Beeson en signale un cas dans un article paru en 1923 dans *Paris Médical* et intitulé : *Les stigmâtes de l'hérédo-syphilis tardive. Etude sur cent prisonniers mâles à la Maison de correction de Chicago.*

Thieme en 1924 en apporte une observation à la Société de Dermatologie de Munich.

Nous ne trouvons ensuite que quatre observations mentionnant la langue scrotale chez des hérédo-syphilitiques. Ce sont les observations IV et XXI de la thèse de Lefèvre (1926), une observation de la thèse de P. Mâle (1927) dans un cas où la syphilis héréditaire pa-

raît dater de deux générations; enfin l'observation XXII de la thèse de Potelune (1927).

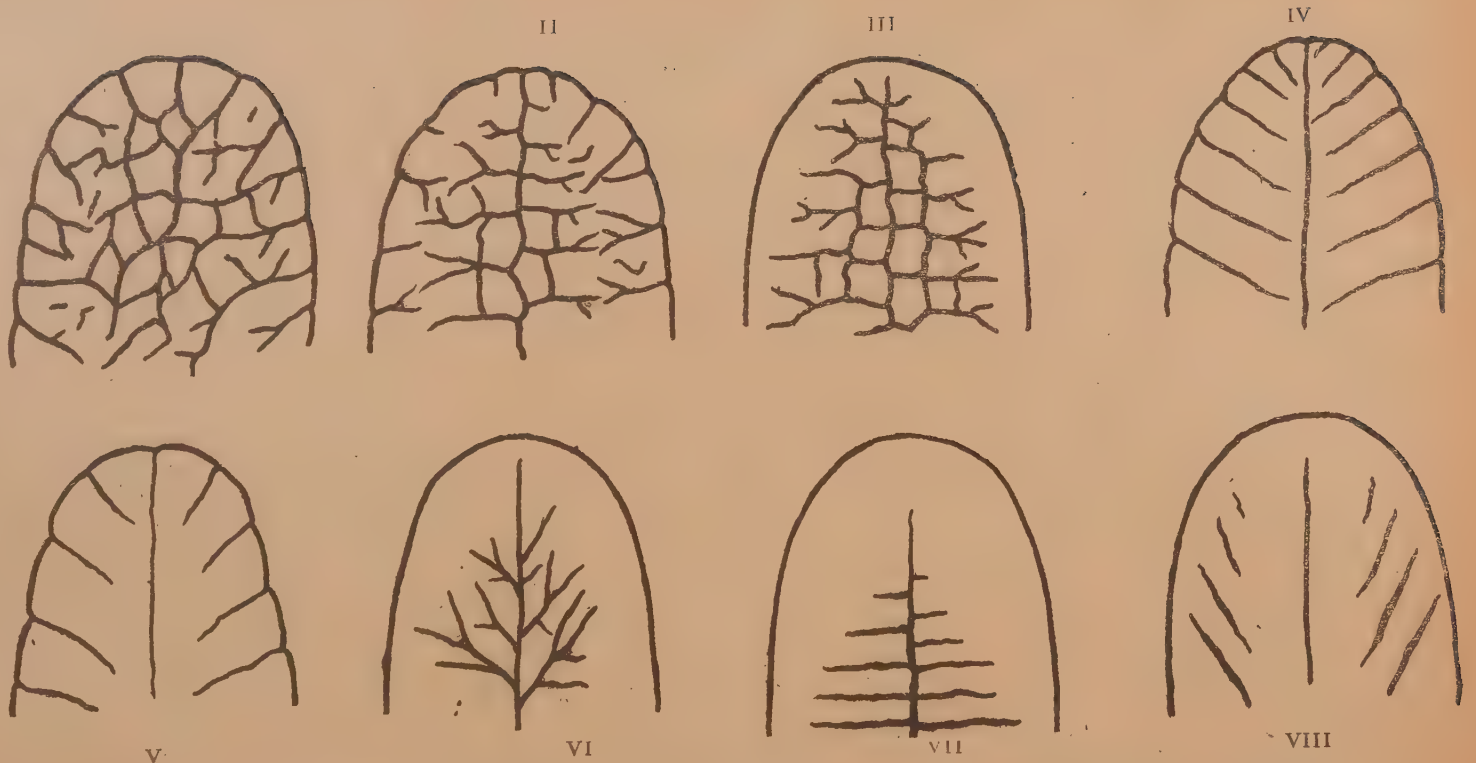
Malgré les nombreuses publications que nous venons de signaler et dont beaucoup, il est vrai, sont incomplètes le problème étiologique n'a pas été résolu.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

La langue normale présente un très léger vallonnement médian, appelé sillon médian. Partout ailleurs, la muqueuse est régulière et uniforme, très finement grenue, aspect dû à la juxtaposition des nombreuses papilles. La couleur est rosée avec un très fin piqueté rouge, appréciable surtout au voisinage de la pointe.

La langue scrotale est avant tout une langue sillonnée, les sillons y sont plus ou moins nombreux et profonds, limités à la face dorsale ils échancrent parfois les bords et se prolongent soit en conservant leur profondeur, soit en s'atténuant progressivement de la périphérie à la partie médiane de l'organe. Parfois, au contraire, du sillon médian très profond, partent des sillons secondaires dont la direction est transversale ou bien oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors, à la manière des nervures d'une feuille. C'est le type folié ou foliacé. La profondeur de ces sillons s'atténue souvent en se dirigeant vers les bords qu'ils n'atteignent pas toujours.



I, II, III : Sillon de la langue. — IV, V : Langue scrotale, type folié. — VI, VII, VIII : Langue type cérébriforme.

Dans une autre variété, qui justifierait davantage les noms de langue cérébrale, cérébriforme, cérébroïde, placentaire, ainsi que ceux de langue ravinée ou montagneuse, les sillons sont répartis d'une façon très irrégulière.

Pour constater l'existence des sillons, il est bon de faire tirer la langue au malade, les sillons transversaux deviennent ainsi très apparents, mais les sillons longitudinaux sont souvent plus visibles quand la langue est conservée entre les arcades dentaires, alors que les muscles protracteurs sont au repos. Quelquefois même, les sillons longitudinaux, invisibles dans la position de protraction linguale, apparaissent comme des boutonnières entr'ouvertes, dès que la rétraction de la langue est complète.

Payenneville et Dubreuil-Chambardel ont insisté tout particulièrement sur la symétrie des sillons. Ils ont donné, le premier une photographie, le second un dessin de langue scrotale de type cérébriforme où la symétrie nous paraît très relative. Nous en avons observé de nombreux cas où elle n'existait pas; par contre, elle est à peu près constante dans le type foliacé.

Pour la plupart des auteurs, la langue scrotale serait anormalement large et, ainsi que le dit le Professeur Gaucher elle serait « *accompagnée toujours de macroglossie* ». Cela est vrai le plus souvent mais nous en avons observé de nombreux cas où la langue était de volume sensiblement normal ou tout au moins peu supérieur

à la normale. Gaucher qui semble considérer la macroglossie comme constante a publié lui-même une observation de « *langue scrotale sans augmentation de volume notable* ».

Un caractère fréquemment signalé est la rougeur de la langue, c'est sans doute ce qui lui a valu d'être décrite par les auteurs américains sous le nom de « *tongue ressembling beefsteak* ». La rougeur est en général d'autant plus marquée que les sillons sont plus nombreux et plus profonds. Elle se rapproche très sensiblement de la normale sur les langues qui ne présentent que quelques sillons.

Il n'est pas rare également de voir la langue scrotale recouverte d'un enduit saburral, notamment chez les personnes qui se plaignent de troubles digestifs.

L'hypertrophie papillaire signalée par Barthélémy et Payenneville manque fréquemment. Nous avons vu de nombreux cas où les papilles semblaient normales, dans quelques-uns même elles paraissaient atrophiées.

Payenneville écrit encore dans sa thèse : « *comme nous le disait le Professeur Fournier, la langue scrotale est une langue essentiellement sèche* ». Il n'aurait observé l'hypersécrétion salivaire que dans les complications. Une seule de nos malades nous a signalé la sécheresse de la bouche. Dubreuil-Chambardel, au contraire, considère la langue scrotale comme une langue humide avec hypertrophie de toutes les glandes salivaires et hypersécrétion constante.

Signalons enfin un caractère essentiel, c'est la souplesse absolument normale de l'organe.

En résumé, au point de vue objectif, nous considérons que la langue scrotale est une langue souple et profondément sillonnée sur la plus grande partie de sa face dorsale. La rougeur à peu près constante est plus ou moins accentuée. La symétrie des sillons, la macroglossie, l'hypertrophie papillaire, la sécheresse ou l'humidité de la langue sont des caractères que nous croyons tout à fait contingents.

Les symptômes subjectifs sont nuls dans le plus grand nombre des cas. Quelques-unes de nos malades qui avaient une langue scrotale nous ont signalé une hyperesthésie surtout marquée pour les mets acides. Jamais nous n'avons observé cette sensibilité particulière sur des langues simplement sillonnées.

Payenneville, Dubreuil-Chambardel, Brocq et bien d'autres ont insisté sur le caractère congénital de la langue scrotale. Payenneville a fait toutefois, sur ce point, des réserves que nous estimons tout à fait justifiées. Mais il ne cherche pas plus de précision sur ce caractère car il n'a en vue dans sa thèse que « *la langue plicaturée symétrique, congénitale* ». Voici d'ailleurs ce qu'il en dit : « *Il y a cependant un certain nombre de dermatologistes qui ont une tendance, à l'heure actuelle à admettre que d'une part, la langue scrotale, peut être acquise et que d'autre part, même quand elle est congénitale, elle est susceptible d'augmenter et de s'accentuer davantage. Ce ne sont que des hypothèses en faveur desquelles nous ne pouvons nous prononcer, n'ayant pas assez de faits cliniques à apporter à l'appui. Jusqu'à preuve du contraire*

nous considérerons que la langue scrotale vraie est toujours congénitale, mais néanmoins nous croyons qu'il existe certains états acquis de la langue, d'un aspect analogue à celui de la langue scrotale vraie et pour lesquels nous soupçonnons fort la syphilis d'être en cause ».

Nous n'avons pas jugé utile de faire de telles restrictions et nous avons considéré comme scrotale toute langue souple, présentant des sillons profonds, nombreux et étendus, qu'elle soit congénitale, ou, ce qui est le cas le plus fréquent, qu'elle date d'une période indéterminée de la vie du sujet chez lequel nous l'avons constatée.

La langue scrotale étant le plus souvent indolente, presque tous les individus qui en sont porteurs ignorent l'état si spécial de leur langue et au premier abord déclarent qu'ils l'ont toujours eue ainsi. Mais qu'on leur demande s'ils en ont bien la certitude, si leurs parents en avaient fait la remarque dès leur naissance ou dans leur tout jeune âge et la leur avaient signalée, il est rare qu'ils puissent préciser.

Dans une de nos observations seulement, la malade nous a affirmé que sa mère avait remarqué l'état de sa langue dans sa toute première enfance.

L'observation de M. Fredet que nous reproduirons dans notre chapitre consacré à l'anatomie pathologique prouve d'une façon indubitable que la langue scrotale est, dans certains cas, acquise.

Une de nos malades nous a affirmé que l'état scrotal de sa langue ne daterait que de 7 ans. Nous avons ob-

servé également des sillons acquis chez un tabétique avec arthropathie du genou, qui avait contracté la syphilis, une quinzaine d'années auparavant. Mais en ce qui concerne les sillons simples de la langue, si voisins pourtant de la langue scrotale, la question de congénitalité ne se pose pas. Le Dr Gaucher signale que même dans la syphilis héréditaire, ils apparaissent souvent, longtemps après la naissance.

D'autres auteurs et en particulier Bénard et Comby ont semblé partager notre opinion sur le caractère congénital de la langue scrotale.

Bénard, auteur de l'article « *Langue* » dans la *Pratique Dermatologique* en dit ceci : « *L'état plissé de la langue est une malformation congénitale qui semble surtout particulière à certaines familles et à certaines races. Il semble cependant s'exagérer sinon se développer de toutes pièces consécutivement à certaines glossites superficielles* ».

Voici encore l'opinion de Comby : « *Il est cependant une variété de la langue scrotale qui n'est ni congénitale ni familiale, c'est celle qu'on rencontre chez les idiots du type mongolien. Peut être aussi l'hérédo-syphilis est-elle capable de donner naissance à la langue scrotale* »...

Nous ne serions pas éloigné de penser que l'hérédo-syphilis est capable de produire à la fois la langue scrotale et l'idiotie mongolienne, et pour cette dernière affection, sans avoir fait sur le sujet de recherches spéciales, nous avons retrouvé de nombreux cas où l'hérédo-syphilis était mise en cause.

Raillet (de Reims) considère la langue scrotale plu-

tôt comme congénitale bien qu'il ne l'ait jamais rencontrée avant 8 ans.

La langue scrotale étant souvent signalée comme héréditaire et familiale, caractère que nous avons observé et qui nous a été plusieurs fois signalé, nous avions pensé nous assurer de sa congénitalité en observant les nouveau-nés et jeunes nourrissons, dont la mére ou le père présentaient cette anomalie. Nous étions particulièrement bien placé pour faire cette recherche. mais malgré de nombreux examens, nous n'avons pu en constater un seul cas chez le jeune enfant.

Dans la littérature médicale, nous n'avons pas pu trouver un cas de langue scrotale observé dès la naissance ou peu après.

Barthélémy en 1904 à signalé « *une langue bizarre. desquamée, crevassée. fissuraire* » chez un enfant de 3 ans. Dans les quinze observations de Comby, les deux plus jeunes enfants porteurs de langue scrotale avaient 4 ans et demi et 4 ans trois-quarts.

Le Dr Viard ne l'a jamais observée avant un an et demi et n'en a vu qu'un seul cas à cet âge.

Le plus jeune enfant chez qui nous ayons vu quelques sillons est âgé de 8 ans. Quoique ces sillons soient assez marqués, ils ne sont pas suffisamment étendus pour qu'on puisse vraiment parler de langue scrotale. Signalons encore que nous en avons observé un cas chez une fillette de 14 ans dont la mère et l'arrière-grand'mère ont une langue scrotale. La mère n'avait

observé cet état sur sa propre langue que vers l'âge de 13 ans, après avoir mangé un bonbon acidulé dont la saveur lui avait paru très accentuée et particulièrement désagréable, elle ne l'avait jamais remarqué auparavant.

Chez sa fille, arriérée mongoloïde, les sillons superficiels mais nombreux donnent l'impression d'un début de langue scrotale. Il faut toutefois tenir compte, dans ce cas, du fait que la langue scrotale date de quatre générations au moins et qu'elle s'atténue peut être à la longue dans la descendance.

Etant donné, d'une part, la fréquence avec laquelle nous avons observé la langue scrotale chez l'adulte et d'autre part l'absence d'observations capables de prouver d'une façon certaine son caractère congénital, nous nous permettrons de formuler un doute sur la congénitalité constante de cette anomalie.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions donner des sillons simples de la langue, une description qui permette de les distinguer de la langue scrotale. En vérité il est assez difficile de séparer nettement ces deux états sillonnés.

Voici la description que le Pr Gaucher donne des sillons : *C'est une altération de la muqueuse linguale, qui est en quelque sorte, au point de vue morphologique un diminutif de la langue plissée ou plicaturée congénitale. « C'est une langue fendillée, ou fissurée, dont les fissures, beaucoup plus superficielles, beaucoup moins*

nombreuses, beaucoup moins visibles que dans le cas précédent (langue scrotale) passent facilement inaperçues ou, au moins on n'y attache aucune importance».

Dans nos observations, nous appellerons sillons de la langue les plis dont le nombre, la profondeur et l'étendue ne permettent pas de les classer parmi les langues scrotales, mais nous faisons observer que ces plis restent suffisamment nets pour ne pas passer inaperçus lors d'un examen rapide, même aux yeux d'un observateur peu accoutumé à ce genre d'examen.

Pour Raillet et Payenneville, le nom de fissure impliquerait une solution de continuité de la muqueuse. Nous ne pensons pas que le Pr Gaucher, dans sa descriptions attribue à cette dénomination une telle signification, puisqu'il considère «*la langue fissurée ou fendillée*» comme «*un diminulif*» de la langue scrotale où cette solution de continuité n'existe pas. Pour éviter toute équivoque nous n'emploierons que le nom de sillons.

Divers auteurs ont signalé la fréquence de complications, telles que aphtes, herpès, muguet, ulcérations banales, nous ne les avons jamais observées. La leucoplasie aurait été souvent rencontrée, nous n'en avons vu que deux cas, dans l'un elle siégeait sur la langue, dans l'autre il s'agissait de leucoplasie commissurale légère; il est vrai que nos observations concernent presque uniquement des femmes jeunes, chez lesquelles la leucoplasie est certainement plus rare que chez l'homme. Plus fréquement nous avons observé la coexistence de la glossite exfoliatrice avec les sillons de la langue.

Quant aux complications telles que tuberculose, cancer, chancre, plaques muqueuses, elles sont assez rares déjà, pour que nous puissions les considérer comme tout à fait exceptionnelles sur une langue scrotale, malgré sa prédisposition morbide. Nous ne les avons jamais observées.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

En dehors de toute complication, le diagnostic est généralement facile. Les caractères objectifs : souplesse de l'organe, sillons et rougeur sur lesquels nous avons déjà insisté sont en général assez nets pour permettre un diagnostic certain.

Un caractère diagnostique auquel on avait attaché une grande importance est la congénitalité. Nous avons dit dans le chapitre précédent ce que nous en pensions et nous ne croyons pas devoir y revenir ici.

Payenneville ne pose le problème du diagnostic différentiel qu'avec trois affections : les fissures syphilitiques secondaires et tertiaires, la glossite lobulée et le lymphangiome diffus. Mais depuis l'époque où il soutint sa thèse, on a cité d'autres affections susceptibles d'être confondues avec la langue scrotale : la glossite losangique médiane, l'hyperplasie superficielle cérébriforme décrites par le Dr Brocq et les sillons physiologiques de Dubreuil-Chambardel, dont Brocq a confirmé l'existence. On a également cité les sillons de la tuberculose et du cancer de la langue, ainsi que les

morsures des épileptiques; nous pensons que c'est vouloir compliquer la question. La tuberculose et le cancer de la langue peuvent être accompagnés d'ulcérations fissuraires, plus rarement, sinon jamais de vrais sillons et d'après Brocq, ces lésions sont toujours accompagnées « *d'autres symptômes, tellement majeurs, nodosités, infiltrats, ulcérations, etc...* » que leur confusion avec la langue scrotale ou bien avec les sillons simples de la langue, ne nous paraît guère possible. Quant aux morsures des épileptiques, elles ont un autre aspect et la seule notion des crises convulsives suffirait à les éliminer.

Nous n'avons jamais rencontré les affections de la langue signalées en premier lieu, qui pourraient simuler la langue scrotale ou les sillons simples. Cependant, nous croyons devoir les passer successiveent en revue en indiquant les caractères différentiels signalés par les divers auteurs.

Les fissures syphilitiques secondaires et tertiaires sont de véritables ulcérations, il y a solution de continuité de la muqueuse, leurs bords sont taillés à pic, les parties voisines sont ordinairement œdématiées et indurées. De plus, ces fissures sont douloureuses et s'accompagnent d'une exagération de la salivation. Leur disposition ne présente habituellement aucune symétrie. Les aphtes, l'herpès, les ulcérations banales, fréquemment signalées comme complications de la langue scrotale peuvent rendre le diagnostic très difficile. Payenneville le considère comme à peu près im-

possible quand un malade porteur de langue scrotale contracte la syphilis et ajoute des manifesations syphilitiques aux sillons de la langue. Nous croyons qu'actuellement, dans les cas où un doute pourrait persister, les antécédents du malade, les autres manifestations de la syphilis secondaire ou tertiaire, la réaction de Bordet-Wassermann et surtout le traitement d'épreuve, seraient susceptibles de mettre un terme à toute hésitation.

La glossite tertiaire scléreuse, lobulée, présente au premier abord de grandes analogies avec la langue scrotale, mais il existe toujours un caractère distinctif très net, c'est l'induration superficielle et profonde de l'organe, dont la palpation donne la sensation que l'on touche une langue en carton (A. Fournier). De plus, la langue serait lisse et presque entièrement dépapillée. On retrouve toujours la syphilis dans les antécédents. La réaction de Bordet-Wassermann fournit ici encore des renseignements utiles.

On n'aura que tout à fait exceptionnellement à envisager le diagnostic différentiel avec le lymphangiome diffus de la langue, dont la rareté est extrême. D'après Payenneville, les saillies du lymphangiome seraient de couleurs variées et les sillons disparaîtraient lorsqu'on fait tirer la langue au malade.

La glossite losangique médiane a été décrite en 1914 par MM. Brocq et Pautrier qui considèrent que son siège sur la face dorsale de la langue, en avant du V lingal et son aspect « *lui donnent un physionomie tout à fait*

spéciale». La muqueuse de la zone qui est le siège de la lésion, habituellement mamelonnée, légèrement indurée, indolente, paraît déglabrée, fauchée, comme desquamée, la muqueuse est lisse, rosée, ou légèrement rouge. Les limites de la lésion, quelquefois nettes, sont souvent bien peu marquées.

L'hyperplasie superficielle cérébriforme de la langue également décrite par Brocq, présente avec la langue scrotale, un telle ressemblance que cet auteur en dit lui-même ceci : « *La première impression est qu'il s'agit d'une forme un peu anormale de langue scrotale* »; mais dans ses quatre observations, il constate l'existence d'une certaine sensation d'épaississement et d'induration légère que l'on n'éprouve jamais lorsqu'il s'agit d'une langue scrotale. Mais le caractère que Brocq paraît considérer comme capital, c'est la congénitalité pour la langue scrotale, alors que l'hyperplasie superficielle cérébriforme serait toujours acquise.

En 1906, Dubreuil-Chambardel décrit les sillons physiologiques ou rides de la langue qui existeraient d'après lui chez 60 % des personnes ayant atteint l'âge de 40 ans. Brocq signale à ce sujet que « *la langue, chez beaucoup de personnes, se ride à mesure qu'elles avancent en âge, tout comme se ridenl leur front et leurs joues* ».

D'après les dessins de Dubreuil-Chambardel, seules les formes accentuées que l'on ne verrait guère qu'à un âge avancé, nous paraissent susceptibles d'être confondues avec la langue scrotale.

Dubreuil-Chambardel signale encore des sillons, éphé-

mères d'ailleurs, dans certaines affections aiguës et en particulier dans la dothiénentérie. Nous les trouvons également mentionnées dans la thèse de Coffinas. Dans ce cas, il s'agit toujours de sillons superficiels et la gravité de l'état général, car on les observerait surtout dans les cas graves, contribuerait encore à les faire distinguer des sillons de la langue scrotale et des sillons simples de la langue, si toutefois il pouvait y avoir équivoque.

CHAPITRE IV.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les recherches anatomo-pathologiques sur les sillons de la langue sont rares. Nous n'avons pu trouver que le résultat d'un seul examen microscopique pratiqué sur une langue scrotale des plus typiques observée par le Dr Fredet en 1902.

« *La langue singulière que je présente à la société*, dit Fredet, *appartenait à un homme de 69 ans, entré à l'Hôtel-Dieu pour des maux perforants plantaires, mort inopinément d'hémorragie cérébrale. Cet individu était un véritable musée pathologique. Il avait eu par exemple une fracture de la rotule vicieusement consolidée, une fracture des os de la jambe avec un cal vicieux, etc... De plus il avait contracté la syphilis en 1867, n'avait pas suivi de traitement sérieux et avait présenté des gommes en plusieurs points du corps. Il était buveur et fumeur.*

Voici l'aspect offert par cette langue (la pièce est déposée au Musée Dupuytren): Le volume est un peu supérieur à la normale. Le dos de l'organe dans presque toute la surface étendue au devant du V est creusé de profonds sillons qui découpent des polygones irréguliers. Les sil-

lons sont si nets qu'on croirait voir la surface d'un hémisphère cérébral. En certains points ils atteignent une profondeur d'un demi-centimètre. Leur disposition ne paraît répondre à aucune systématisation; peut-être, cependant, reconnaîtrait-on un sillon médian très tortueux et sur les côtés un parallélisme relatif des fissures, disposées perpendiculairement à la ligne des bords.

La face inférieure de la langue est indemne. La muqueuse à la surface des îlots polygonaux de la surface dorsale est rouge et lisse en certains endroits. Si l'on écarte les sillons, on aperçoit dans la profondeur quelques papilles de longueur et de volume exagérés. La langue était restée relativement souple; le malade la mobilisait à son gré, et n'en paraissait nullement incommodé.

Fait plus important, on notait des lésions analogues à celles de la langue et contemporaines de celles-ci, sur la muqueuse de la lèvre inférieure du côté gauche.

J'avais pensé, sous réserve de l'examen histologique, que cette langue offrait les caractères de la glossite tertiaire, scléreuse, profonde. Mais je dois avouer que cette opinion n'a pas été partagée par notre collègue Milian et les autres syphiligraphes auxquels je l'ai montrée. Ils s'accordent à qualifier une telle langue de scrotale. *Pour moi, je tiens à faire remarquer encore une fois la coexistence des lésions de la langue et de la lèvre, et à spécifier qu'elles n'étaient pas congénitales, mais acquises.*

M. Cornil a eu l'obligeance de faire des coupes histologiques de la pièce et voici la note qu'il a bien voulu me remettre.

Examen histologique par M. Cornil.— *Les coupes pratiquées sur une partie du bout de la langue ont montré, à un faible grossissement :*

Un état variable de la surface linguale, tantôt des mamelons formés de plusieurs grosses papilles, séparées des mamelons voisins par une dépression profonde, tantôt des papilles très longues et minces, voisines les unes des autres, entourées de longs prolongements épithéliaux; ces papilles ne formaient pas de reliefs très distincts à la surface linguale et étaient enfoncées dans la couche superficielle de l'épithélium.

Tout le tissu conjonctif des papilles et du chorion de la muqueuse depuis la couche papillaire jusque dans les faisceaux musculaires est infiltré de petites cellules rondes entre les fibres conjonctives et musculaires.

Sur toutes les coupes, cette infiltration très abondante est constatée. L'épithélium superficiel et le corps muqueux paraissent avoir leur disposition normale, mais ce dernier s'enfonce beaucoup plus profondément que d'habitude entre les groupes de papilles et entre les longues papilles. Là, les prolongements du corps muqueux sont très minces. Les vaisseaux des papilles et du tissu profond ne sont pas notablement dilatés.

Avec un plus fort grossissement, on apprécie la nature des cellules rondes épanchées et accumulées dans les papilles et le tissu conjonctif profond. Ce sont pour la plupart de petits leucocytes mononucléaires, mais il y a aussi des polynucléaires plus volumineux et dans les amas où ces leucocytes sont très nombreux, on en voit qui sont

en destruction avec des fragments de nucléine assez petits, le protoplasma ayant disparu. Ces leucocytes sont situés entre les fibrilles de tissu conjonctif, autour des vaisseaux papillaires, à la surface des papilles, sous la couche de cellules cylindriques et aussi dans le tissu profond de la muqueuse qui en est fort épaissi.

Ces leucocytes passent en certain nombre entre les cellules épithéliales du corps muqueux et de la couche superficielle du revêtement. Ils s'effilent entre les cellules et montrent souvent plusieurs petits noyaux rangés en série au nombre de deux à quatre.

La couche superficielle de l'épithélium est cornée.

Les fibres musculaires profondes disposées en faisceaux et les filets nerveux sont normaux, bien qu'ils soient entourés d'un sarcolemme et d'un névrilemme qui présentent quelques leucocytes. Les faisceaux musculaires et les tubes nerveux à myéline qui se dirigent des couches profondes du côté des papilles sont également normaux. Nous nous en sommes notamment assurés en colorant les nerfs par l'acide osmique.

Il y a donc dans ce cas, en outre d'une hypertrophie mamelonnée du réseau papillaire de la langue, une infiltration leucocytaire des papilles et du tissu conjonctif de la langue. L'examen histologique constate une inflammation chronique sans pouvoir en affirmer la cause ».

Nous avons tenu à reproduire en entier l'observation de Fredet et le résultat de l'examen microscopique, car il s'agit d'un cas incontestable de langue scrotale acquise chez un syphilitique acquis et ce cas seul, pour-

rait nous suffire à contester la congénitalité constante de cet état si particulier de la langue.

Nous avons été quelque peu étonné de ne pas trouver cette observation mentionnée dans la thèse si documentée de Payenneville. Nous ignorons si cette observation lui était inconnue ou bien s'il n'a pas voulu en tenir compte, puisqu'il n'avait en vue que « *la langue plicaturée, symétrique, congénitale* ».

La similitude absolue des lésions macroscopiques sur toutes les langues scrotales, qu'elles soient congénitales ou acquises nous porte à croire à l'identité des lésions microscopiques.

Il est probable que dans les sillons simples de la langue les lésions seraient analogues, quoique moins accentuées, mais ceci n'est qu'une hypothèse et il est regrettable qu'aucun examen histologique ne nous permette de faire une comparaison microscopique entre ces deux états si voisins.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

Diverses hypothèses pathogéniques ont été émises : Rigal et Vidal, considèrent la langue scrotale comme une simple hypertrophie congénitale de l'organe avec exagération des plis normaux.

Pour Butlin et Lang, la muqueuse se plisserait quand la langue serait trop grande pour l'espace compris entre les arcades dentaires relativement trop étroites. Cette explication du mode de formation des sillons est d'autant plus probablement erronée que Dubreuil-Chambardel aurait toujours constaté un élargissement du maxillaire inférieur. D'ailleurs, si on la considérait comme exacte, la langue scrotale devrait toujours coïncider avec la macroglossie, ce qui n'est pas.

Erhmann de Vienne pense qu'il y a seulement hypertrophie de la muqueuse, qui, devenue trop grande, devrait se plisser.

Marco-Levi-Bianchini admet que le muscle lingual superficiel, « *au lieu de se développer uniformément en toute sa surface s'est développé segmentairement en de*

gros faisceaux de fibres, et qu'en attendant, la muqueuse qui se développerait contemporanément a envahi les traits laissés libres et s'est fixée au fond sur les fibres ».

Comme le dit très justement Payenneville, « *si l'hypothèse du Dr Bianchini était exacte, on ne devrait trouver de sillons que dans le sens longitudinal et parallèle au sillon médian, ce qui est inexact pour le plus grand nombre de cas* ». Dubreuil-Chambardel considère la langue scrotale comme une variation anatomique d'ordre régressif et pense que « *c'est sans doute l'anatomie comparée qui nous donnera la solution du problème* ».

Ces deux dernières hypothèses ne sont évidemment pas applicables aux sillons acquis de la langue.

Payenneville croit qu'il s'agit d'un défaut de parallélisme de développement entre la muqueuse linguale d'une part et la musculature d'autre part. Mais en l'absence de preuves histologiques, il fait des réserves sur cette hypothèse.

Tous les auteurs et Payenneville en particulier ont insisté sur la rougeur de la langue scrotale, c'est un caractère qui nous paraît un peu anormal pour une malformation congénitale et que nous croyons plutôt en faveur de sa nature inflammatoire que Cornil a pu constater sur une langue scrotale acquise.

La rougeur de la langue nous paraissait due, d'une part à la congestion de la circulation papillaire et d'autre part à l'amincissement de l'épithélium. L'examen histologique n'a confirmé que partiellement ces hypothèses ; il constate, en effet que « *les vaisseaux des papilles et du*

tissu profond ne sont pas notablement dilatés » et que seuls les prolongements du corps muqueux entre les longues papilles et les groupes de papilles formant mamelons sont amincis.

Cette inflammation chronique nous paraît d'ailleurs susceptible de fournir une explication pathologique vraisemblable : l'infiltration leucocytaire et l'inflammation qu'elle traduit sont d'après l'examen histologique assez bien limitées « *au chorion de la muqueuse depuis la couche papillaire jusque dans les faisceaux musculaires* ». Le chorion enflammé s'hypertrophie, mais retenu en certains points dans la profondeur, soit par des faisceaux musculaires, qui, à la langue s'insèrent sur le derme, soit par des faisceaux conjonctifs plus denses, il se plisserait avec l'épithélium qu'il supporte. Cette explication nous paraît d'autant plus logique que les langues les plus rouges sont celles où les sillons sont les plus profonds.

CHAPITRE VI

ÉTIOLOGIE

Nous commencerons par passer en revue les différentes opinions émises à ce sujet.

Dans le plus grand nombre des observations que nous avons pu retrouver, la langue scrotale est surtout considérée comme une curiosité et son étiologie a été rarement recherchée.

La thèse de Payenneville nous donne l'opinion étiologique des dermatologistes les plus en vue de l'époque :

Le professeur Jacobi de Fribourg et le professeur Fournier ignorent totalement la cause de la langue scrotale.

Le professeur Gaucher qui fut l'inspirateur de la thèse de Payenneville « *est très porté à voir dans la langue scrotale une dystrophie d'origine hérédo-syphilitique* ».

Sur la demande de Payenneville, Little, élève du Professeur Lane de Londres fit une enquête parmi les dermatologistes anglais, et conclut que : « *on est bien assuré que ni l'hérédo-syphilis ni la syphilis acquise n'y jouent un rôle* ».

A propos d'une observation de MM. Gaucher et

Milian qui mettaient en cause l'hérédo-syphilis, M. Thibierge s'est élevé contre cette hypothèse et a prétendu que l'hérédo-syphilis de la malade présentée à la Société de dermatologie et syphiligraphie, « *ne prouve pas que la lésion de la langue lui soit subordonnée* ». Il ajoute qu'il a observé des langues scrotales sur des femmes atteintes de syphilis acquise et « *qu'il serait bien extraordinaire de voir tant de sujets hérédo-syphilitiques reprendre la syphilis* ».

M. Brocq appuie ce qu'a dit M. Thibierge tout en reconnaissant que les dystrophies hérédo-syphilitiques ne sont pas immunisantes. Ce dernier point ne peut actuellement être mis en doute.

Le Docteur Barthélémy est plus affirmatif. « *La langue scrotale est une tare congénitale, dystrophique par hérédité syphilitique, ce qui ne veut pas dire par syphilis héréditaire, car, alors, il s'agirait simplement de la langue fissuraire curable par le traitement. Elle ne met pas à l'abri de la syphilis acquise, leurs porteurs peuvent prendre la syphilis pour leur propre compte* ».

Payenneville a également quelque tendance à incriminer la syphilis héréditaire plus ou moins lointaine, mais il la croit incapable de produire à elle seule la langue scrotale et croit devoir lui associer l'hérédité arthritique. Il en donne 30 observations. Sur ce nombre, 7 qu'il n'a pu recueillir lui même sont incomplètes et ne permettent aucune conclusion étiologique. Parmi les 23 autres, nous en trouvons 8 où la syphilis héréditaire est certaine ou très probable, ce qui constitue la pro-

portion anormale de 35 %. Notons que Payenneville signale dans plusieurs cas des manifestations articulaires si fréquentes dans l'hérédo-syphilis que J. Nicolas et Cantonnet ont voulu en faire *le « quatrième symptôme »* de la triade d'Hutchinson. Cantonnet considère même, l'hydarthrose chronique comme plus fréquente que la surdité dans la syphilis héréditaire. En ne tenant compte que de l'hydarthrose que Payenneville signale deux fois, la proportion des cas où l'hérédo-syphilis peut être incriminée atteindrait 44 %. Cette proportion déjà considérable, se serait probablement encore accrue si Payenneville avait eu à sa disposition les réactions sérologiques qui dans certains cas nous ont été d'une grande utilité. Dubreuil-Chambardel considère la langue scrotale comme une variation anatomique d'ordre régressif et pense que c'est *« l'anatomie comparée qui nous donnera la solution du problème »*. Au point de vue étiologique, nous ne pensons pas devoir attribuer à cette opinion une grande valeur, et si elle était exacte, nous voudrions connaître la cause première de ce retour en arrière dans la série phylogénique. Le même auteur conteste à la langue scrotale toute valeur comme marque d'hérédité pathologique et comme stigmate de dégénérescence ou de criminalité. Parmi les sept observations qu'il publie, nous trouvons cependant deux cas de leucoplasie chez des malades jeunes et sans vouloir discuter ici la valeur de la leucoplasie comme stigmate de syphilis ou d'hérédo-syphilis, nous pensons pouvoir considérer cette coïncidence comme troublante.

Comby en a publié 15 observations, dans aucune il ne retrouve l'hérédo-syphilis. Sur ces 15 observations, 7 citent des cas de langue scrotale familiale, où, par conséquent, la syphilis antécédente si comme nous le pensons elle existait, devait être assez lointaine et par suite peut-être assez atténuée pour qu'il soit difficile cliniquement de la mettre en évidence. Dans un certain nombre de ces observations, d'ailleurs, nous pensons que l'hérédo-syphilis pourrait être mise en cause avec quelque vraisemblance.

Raillet en a fait une étude détaillée et conclut que :

1° « *le plissement de la langue est une altération pathologique plutôt congénitale qu'acquise* » bien qu'il ne l'ait jamais observé avant 8 ans.

2° « *sa coïncidence anormalement fréquente avec la leucoplasie légitime une certaine relation étiologique entre les deux phénomènes* ».

Il a noté en outre la coïncidence fréquente de la langue scrotale avec l'éminence mamillaire qui a également été décrite comme stigmate de l'hérédo-syphilis.

Le Professeur Gaucher, enfin, en 1917, fait sa communication à l'Académie de Médecine sur la « *langue fissurée ou fendillée, son origine syphilitique ou hérédo-syphilitique* ». Il donne huit observations probantes et profite de sa communication pour affirmer qu'il considère la langue scrotale comme une manifestation de l'hérédo-syphilis.

Nous avons cité à la fin de notre chapitre premier consacré à l'historique neuf observation récentes d'hérédo-syphilis coïncidant avec la langue scrotale.

En résumé dans les observations où l'étiologie a été prise en considération, nous retrouvons la syphilis héréditaire certaine ou très probable dans la proportion de 50 % des cas environ.

La langue scrotale est en général considérée comme très rare. Dubreuil-Chambardel évalue sa fréquence à un cas sur mille ou douze cents personnes.

Pour nous, qui avons observé dans une consultation spéciale, où la plupart des femmes sont envoyées pour fausses-couches répétées ou polyléthalite infantile, et de ce fait suspectes de syphilis acquise ou héréditaire, la fréquence de la langue scrotale est telle qu'il ne se passe pas de semaine où nous n'en voyions plusieurs nouveaux exemples. Nous ne croyons pas exagérer en affirmant que nous l'avons observée au moins une fois sur vingt-cinq consultantes.

Cette grande fréquence de la langue scrotale à cette consultation, qui est déjà un gros argument en faveur de l'étiologie syphilitique ou hérédo-syphilitique, devient bien plus considérable encore si nous tenons compte des sillons simples de la langue.

Ayant observé dans un milieu essentiellement féminin, nous ne pouvons donner aucun renseignement sur leur fréquence relative chez l'homme et chez la femme.

Nous avons suffisamment insisté sur le caractère congénital, nous n'en dirons rien de plus. Nous le considérons au moins comme inconstant.

Nous avons retrouvé dans quelques cas le caractère

héréditaire et familial, nous ne croyons pas qu'on puisse considérer ces cas comme de simples coïncidences, ils seraient certainement plus nombreux si nous pouvions voir les familles entières, car beaucoup de malades ne connaissant pas l'état de leur propre langue, ignorent, à plus forte raison, l'état de celle de leurs parents ou de leurs grands-parents. Nous pensons pouvoir ranger le caractère familial parmi ceux qui sont en faveur de l'hérédité spécifique.

Puisque nous soutenons l'origine hérédo-syphilitique de la langue scrotale, on pourrait être étonné, que la syphilis puisse, dans certaines familles, frapper un même organe avec une telle prédilection. Il y a peut-être une certaine infériorité héréditaire locale qui prépare ainsi un terrain propice à la localisation du virus syphilitique. D'ailleurs, des cas de stricte localisation du virus syphilitique chez les membres d'une même famille ont déjà été signalés, le Dr Viard qui les groupe sous le nom de syndromes familiaux nous a, plusieurs fois, fait remarquer leur fréquence et nous en a cité de nombreux cas. Nous en donnerons quelques exemples :

MM. Leredde et Drouet en 1921 ont publié une observation de syndrome de Basedow familial et en citent 4 cas dans la même famille. La ponction lombaire pratiquée chez une de ces malades, donna les résultats suivants : globulines + +, Wassermann : +, albumine : 0, 40. La syphilis acquise ne paraissait pas en cause, la syphilis héréditaire était à peu près certaine ; le

traitement spécifique produisit d'ailleurs une amélioration considérable.

MM. Milian et Valle, en 1921, ont apporté à la Société de Dermatologie une observation de syphilis héréditaire de seconde génération, où les accidents furent strictement localisés, chez la mère et chez l'enfant, sur le nez et la voûte palatine. Le Dr Marcel Pinard cite un cas analogue où il se produisit simultanément chez l'enfant et chez la mère, contaminée pendant la grossesse, une perforation de la voûte palatine, dix ans après la contamination. MM. Milian et Sauphon ont également cité un cas de cardiopathies mitrales familiales par syphilis héréditaire.

Ces exemples sortant quelque peu du cadre limité de notre travail, nous ne jugeons pas utile de les multiplier.

On verra que dans le plus grand nombre de nos observations, les antécédents héréditaires de nos malades sont fortement suspects. Bien souvent, ils ne permettent pas à eux seuls d'affirmer la syphilis des parents ou des grands-parents. Fréquemment, ils sont associés à des stigmates dont la valeur a été bien souvent discutée, qui sont loin d'être des signes de certitude, dont nous avons signalé la rareté, mais dont certains peuvent être considérés, soit comme des signes de probabilité, soit plus simplement comme des signes de suspicion.

Nous avons étudié avec un soin particulier les antécédents obstétricaux de nos malades et de leur mère.

On sera frappé certainement, en lisant nos observations, du nombre tout à fait anormal de grossesses terminées par avortement, accouchement prématuré, accouchement gémellaire. On sera surpris également du nombre élevé des enfants morts en bas âge. La méningite et les convulsions jouent ici le rôle prépondérant, mais dans bien des cas l'hérédo-syphilis ne paraît pas être la cause directe de la mort. En réalité, c'est elle qui a amoindri la résistance de ces enfants, c'est elle qui a préparé un terrain bien propice à l'éclosion de toute autre maladie, qui a toujours une gravité bien particulière sur ces organismes affaiblis.

Dubreuil-Chambardel a signalé la parfaite régularité du système dentaire chez les sujets porteurs de langue scrotale. Nous ne partageons pas son opinion sur ce point et comme Payenneville, nous avons constaté, au contraire, la fréquence « *des malformations dentaires consistant soit dans des arrêts de développement, soit dans des stries, soit dans des déviations* ». Nous y joindrons la carie précoce, traduisant une mauvaise qualité de l'émail et dans quelques cas la présence du tubercule de Carabelli.

Nous avons souvent observé également les déformations osseuses du palais et du nez.

Nous avons retrouvé aussi, quoique avec une moindre fréquence, « *un état d'infériorité mentale* » et dans quelques cas une infériorité physique.

Nous croyons les troubles endocriniens fréquents. C'est sur la menstruation que nous avons eu

le plus de renseignements. Dans quelques cas, elle s'est établie tardivement, elle est fréquemment irrégulière et de courte durée. Beaucoup plus rarement, elle est d'une abondance anormale.

Signalons encore la coïncidence des sillons de la langue avec des céphalées tenaces, datant fréquemment de l'enfance, sur lesquelles le traitement spécifique a souvent une action rapide. On rencontrera aussi la lithiase biliaire dans plusieurs de nos observations.

Payenneville a insisté sur la coïncidence de la langue scrotale avec des maladies cutanées et des manifestations articulaires et viscérales de l'arthritisme. En ce qui concerne les maladies cutanées, nous pensons qu'il s'agit d'une coïncidence dont il ne faut pas s'étonner, étant donné que Payenneville observait à l'Hôpital Saint-Louis, où le motif de la consultation est presque toujours une dermatose. Nous ne l'avons observée que dans deux cas où il s'agissait de vitiligo de la face et du cou.

Dans toutes nos observations, nous avons retrouvé, soit l'hérédo-syphilis certaine, soit des phénomènes tels que avortements répétés, accouchements prématurés, polymortalité infantile, malformations dentaires, déformations osseuse du palais et du nez, etc..., dont l'hérédo-syphilis est la cause la plus fréquente. Il nous paraît donc logique d'établir un rapport de cause à effet entre l'hérédo-syphilis et les sillons de la langue.

Dans 7 observations, les réactions de Wassermann et de Hecht furent positives. Dans 2 cas, le Wasser-

mann seul recherché fut positif; dans 3 cas, le Hecht fut positif alors que le Wassermann était négatif. La proportion des cas où les réactions sérologiques furent positives s'élève donc à 23 °/₀.

Les sillons de la langue ont été plusieurs fois signalés dans la syphilis acquise. Bien que dans ces observations il n'ait pas été fait de recherches sur les antécédents héréditaires, il ne nous paraît pas impossible qu'une syphilis acquise plus ou moins ancienne, puisse les réaliser, dans des cas beaucoup plus rares, il est vrai, que la syphilis héréditaire.

Avant de passer à l'exposé de nos observations, nous voudrions donner quelques détails sur la nature des sillons de la langue, mais sur ce point nous ne pourrons que formuler des hypothèses.

L'examen histologique que nous avons reproduit « *constate une inflammation chronique, sans pouvoir en affirmer la cause* ». Nous croyons que l'on doit considérer l'inflammation comme le phénomène primitif qui détermine la formation des sillons.

Bien que le traitement spécifique produise une amélioration souvent considérable et particulièrement nette dans les cas où la rougeur et la profondeur des sillons sont accentuées, nous ne pensons pas qu'il s'agisse d'une glossite syphilitique superficielle, et cela pour la raison que les traitements les mieux suivis et les plus intensifs, ne donnent jamais de résultats définitifs.

Quelque temps après la dernière injection, on voit la rougeur réapparaître et les sillons s'approfondir.

Si l'on institue alors un deuxième traitement, il donne rapidement les mêmes résultats que le premier.

Quoique l'examen histologique n'ait pas permis de constater de lésions nerveuses accentuées, le névrilemme seulement présentant quelques leucocytes, nous croyons plutôt, avec le Docteur Viard, qu'il s'agit d'un trouble trophique, congénital ou acquis, de la langue. C'est sans doute ce trouble trophique qui permet aux saprophytes banaux de la cavité buccale d'entretenir un état inflammatoire superficiel de la langue. C'est sur les centres trophiques que le traitement spécifique aurait une action favorable. Cette action est rapide quand on emploie le novarsénobenzol, surtout dans les cas où la rougeur et la profondeur des sillons sont accentuées; elle est indiscutable, mais moins nette avec les préparations bismuthiques. Nous n'avons pas vu assez de cas traités par le mercure, pour émettre une opinion sur ses effets.

Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille donner à l'action médicamenteuse il est assez difficile d'expliquer qu'elle ne soit que temporaire. Peut-être s'agit-il d'un choc thérapeutique.

Personnellement, nous pensons qu'à cette action favorable sur le trophisme lingual, vient s'ajouter l'action antiseptique locale du novarsénobenzol et c'est peut-être pour cette raison que les résultats obtenus sont plus nets et plus rapides avec ce médicament même en tenant compte de son action spécifique plus brutale. Nous supposons que, dès que l'élimination

médicamenteuse est terminée, la flore microbienne locale devient à nouveau prospère et l'inflammation linguale superficielle reprend.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à faire remarquer ici, que l'on trouve une infiltration leucocytaire semblable à celle de la langue scrotale quoique habituellement plus superficielle et moins abondante, dans la leucoplasie linguale. Barthélémy n'avait donc peut-être pas tort de vouloir faire de la langue scrotale, une langue para-syphilitique.

OBSERVATIONS

Observation I.

Mme C..., 56 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort vers 50 ans.

Mère morte vers 60 ans (Délire de la persécution).

Antécédents personnels. — N'a eu aucune maladie sérieuse jusqu'aux environs de sa vingtième année. A ce moment, elle présenta sur la partie inféro-externe de la cuisse gauche une ulcération dont il persiste encore la cicatrice blanche et assez irrégulière, de la grandeur d'une pièce de cinq francs environ, qui a tout l'aspect d'une cicatrice de gomme. Mme C... fut alors traitée par des injections d'huile grise qui amenèrent une guérison rapide. On lui apprit à ce moment là qu'elle était syphilitique. Elle a été traitée depuis cette époque. Wassermann et Hecht sont négatifs.

Langue scrotale dont les sillons surtout marqués vers la partie médiane s'atténuent vers les bords qu'ils n'atteignent pas. Mme C... ignorait l'état de sa langue. Pas de sensibilité particulière. Rougeur accentuée.

Le nez est ensellé et écrasé à sa racine qui est très élargie.

Carie dentaire ayant débutée vers 30 ans, elle était à peu près complète à 50 ans. Actuellement appareil prothétique complet aux deux maxillaires.

Leucoplasie commissurale légère.

Commémoratifs obstétricaux. — Une seule grossesse terminée par la naissance d'un garçon pesant 4 kgr., mort à 16 mois de bronchopneumonie.

Observation II.

Mme J..., 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents maternels décédés, ont eu 13 enfants. Sur ce nombre 2 seulement sont encore vivants et bien portants, un est mort à l'âge adulte, il avait une maladie de cœur, un deuxième est mort accidentellement. Les 9 autres sont morts très jeunes.

Le père de Mme J... est mort à 50 ans (congestion pulmonaire). Sa mère, âgée de 52 ans est bien portante, elle a eu 14 grossesses qui ont donné lieu à :

3 fausses-couches gémellaires;

4 enfants morts : deux n'ont vécu que quelques minutes; un est mort à six semaines de convulsions; un mort de coqueluche à 11 mois;

7 autres enfants sont vivants, parmi eux, une fille âgée de 30 ans a eu deux morts-nés, une deuxième, épileptique a fait un accouchement prématuré.

Antécédents personnels. — Mme J... est née à terme, elle aurait fait ses premiers pas vers 16 mois. A 13 ans elle fut atteinte de chorée qui dura 11 mois.

Menstruation débutant à 16 ans, durant 2 à 3 jours, irrégulière.

Céphalées violentes.

Langue scrotale ignorée.

Nombreuses dents cariées.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

1923. — Accouchement à terme : garçon pesant à la naissance 4 kgr. Rougeole, otite double, actuellement bien portant.

1926. — Accouchement prématuré : garçon pesant à la

naissance 2 kgr. 500, actuellement âgé de 2 ans il ne pèse que 9 kgr., très nerveux, violents accès de colère, crie dès qu'on l'approche. Le front est très proéminent, le nez aplati et élargi à sa racine. Microadénopathie cervicale. Langue absolument normale. Wassermann et Hecht négatifs.

Observation III.

Mme C..., 64 ans.

Antécédents héréditaires . — Père éthylique mort à 80 ans.

Mère morte à 73 ans de congestion cérébrale, a fait une fausse-couche et a eu 12 enfants, dont :

7 vivants et bien portants.

4 morts en bas âge.

1 garçon, mélancolique, maladie du cœur, s'est suicidé par pendaison à 39 ans.

Antécédents personnels. — Née à terme, Mme C... aurait fait ses premiers pas vers l'âge de 14 mois, elle eut à 12 ans une chorée qui dura 6 mois.

Menstruation ayant débuté à 13 ans, durant habituellement 3 jours, irrégulière, douloureuse.

Stérilité.

Congestion cérébrale à 55 ans, depuis vertiges fréquents.

Sillons de la langue.

Carie dentaire surtout marquée au maxillaire supérieur.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation IV.

Mme L... 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 34 ans d'une affection pulmonaire à marche rapide.

Mère âgée de 62 ans, souffre souvent de céphalées. On

lui aurait dit lors de son premier accouchement et sans lui en donner la raison que tous ses enfants mourraient en bas âge, prévision qui ne s'est d'ailleurs pas entièrement réalisée; elle eut en effet 3 enfants :

1 garçon, qui s'est amaigri progressivement et qui est mort à l'âge de 3 ans d'affection inconnue;

1 fille, Mme L...

1 fille, qui a fait un accouchement prématuré et est morte à 27 ans d'une embolie.

Antécédents personnels. — Mme L... est née à terme, nourrie au biberon, elle aurait fait ses premiers pas à 16 mois et aurait eu une entérite à 18 mois.

Menstruation débutant à 13 ans, irrégulière et douloureuse, durée habituelle : 3 à 4 jours.

Langue scrotale qui fut constatée dès la première enfance.

Commémoratifs obstétricaux. — Trois grossesses :

garçon : né à terme, âgé de 15 ans, en bonne santé;

fille, âgée de 5 ans bien portante. ;

fibrome utérin pendant la troisième grossesse qui se termine par la naissance d'une fille, morte le deuxième jour (fracture de la clavicule au cours de l'accouchement). Poids à la naissance : 1 kgr. 850. Placenta : 620 gr.

C'est le rapport fœto-placentaire anormal qui a attiré l'attention. Le Wassermann est négatif mais le Hecht est partiellement positif.

Observation V.

G. J..., 8 ans.

Antécédents héréditaires. — Son père, séparé de la mère, aurait eu un chancre étant au régiment.

Sa mère, 30 ans, est bien portante, elle a eu 3 enfants.

Notre jeune malade qui est né à terme. Poids à la naissance 3 kgr. Deux autres enfants sont morts à 18 et 24 mois de bronchopneumonie.

Antécédents personnels. — Le malade a eu sa première dent à 8 mois, il ne fit ses premiers pas qu'à 22 mois. Plus tard, rougeole, bronchopneumonie, diphtérie.

Le facies est asymétrique, la voûte palatine très ogivale, les incisives supérieures et inférieures très nettement crénelées. Sillons de la langue, qui sans être très marqués sont nets. Le sillon médian est profond, plusieurs sillons latéraux en partent. Nous n'en avons jamais vu d'aussi accentués chez un enfant de cet âge; ils ne sont cependant pas assez étendus pour qu'on puisse vraiment parler de la langue scrotale.

Respiration soufflante au niveau du hile.

Le malade, lent au travail, serait en retard au point de vue scolaire.

Kératite interstitielle bilatérale constatée à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Saint-Antoine. Traité depuis 4 mois dans un autre service par le sulfarsénol. Amélioration sensible.

Wassermann et Hecht sont actuellement négatifs.

Observation VI.

Mme F... 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents maternels ont eu 6 enfants morts en bas âge.

Son père est bien portant. Sa mère tuée pendant la guerre a eu quatre enfants :

un garçon mort à 28 ans;

un garçon bien portant;

une fille, bien portante;

une fille, Mme F...

Antécédents personnels. — Mme F... est née à terme, elle eut sa première dent « assez tard » et ne fit ses premiers pas qu'à 17 mois.

Menstruation débutant à 15 ans et demi, irrégulière.

Céphalées fréquentes depuis l'enfance.

Langue sillonnée très nettement et profondément, le sillon médian est marqué et donne naissance à de nombreux sillons secondaires très nets. Mauvaise dentition, plusieurs dents sont complètement cariées, les incisives médianes supérieures présentent une échancrure semi-lunaire de leur bord libre.

Réflexes rotuliens vifs.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Cinq grossesses :

fille née à terme, morte de bronchopneumonie à 14 mois;

garçon né à terme, cyanose congénitale, mort à 6 semaines d'ictère;

fille, née à terme, âgée de 3 ans et demi, bien portante;

avortement à 2 mois;

grossesse actuelle, albuminurie légère avec œdème des membres inférieurs.

Observation VII.

Mme B..., 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de congestion cérébrale à 53 ans.

Mère, 73 ans, bien portante, a eu 3 grossesses :

avortement à 3 mois;

fille, Mme B...;

garçon tué à la guerre.

Antécédents personnels. — Mme B... est née à terme et avait à sa naissance un poids très supérieur à la normale, elle fit ses premiers pas à un an et n'eut aucune maladie grave durant son enfance.

Menstruation débutant à 11 ans, régulière, durant 5 à 6 jours.

Adipose généralisée. Eventration. Glycosurie.

Hypertrophie légère du foie. Réflexes vifs.

Carie dentaire accentuée ayant débuté vers 20 ans.

Langue scrotale à sillons surtout marqués sur les bords, dont la malade a constaté pour la première fois l'existence il y a 7 ans. Elle ne connaît personne dans sa famille ayant une langue semblable.

Wassermann et Hecht légèrement positifs.

La malade est traitée par le novarsénobenzol, il semble en résulter une amélioration légère mais continue de sa glycosurie.

Commémoratifs obstétricaux. — Huit grossesses :

fille, née à terme, morte à 4 ans et demi de méningite;

garçon mort né (accident);

garçon, né à terme, poids à la naissance 5 kgr. 500, mort à 3 ans et demi de méningite.

fille, née à terme, poids à la naissance 4 kgr., bien portante;

garçon, poids à la naissance 3 kgr. 500, mort d'entérite à 5 mois;

garçon, né à terme, poids à la naissance 4 kgr., mort d'entérite;

garçon, né à terme, poids à la naissance, 5 kgr. 500 (diabète de la mère pendant la grossesse), bien portant;

grossesse en cours.

Observation VIII.

Mme A. 28 ans.

Antécédent héréditaires. — Père 60 ans, paludisme.

Mère 57 ans, bien portante, 10 enfants :

4 garçons, bien portants;

4 filles, bien portantes;

1 fille morte de méningite;

1 fille morte à 6 ans (?)

Antécédents personnels. — Mme A... souffre de céphalées depuis l'enfance, à 15 ans elle dut subir une intervention sur les yeux et conserve encore un léger strabisme. Le front est un peu proéminent, la voûte palatine ogivale, les dents petites mais bien implantées. Vitiligo de la face. Varices aux membres inférieurs.

La langue est scrotale, du type folié, la malade l'ignorait. Wassermann et Hecht partiellement positifs, sont devenus négatifs après traitement.

Commémoratifs obstétricaux. — Cinq grossesses :

accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort d'entérite à 3 mois;

garçon, né à terme, mort à 1 mois et demi de convulsions à la suite d'une rougeole;

fille, née à terme, serait morte à 25 jours d'un abcès dans la région dorsale (?) survenu à la suite d'une chute;

garçon, né à terme, poids à la naissance 3 kgr. Convulsions dès l'âge de 1 mois et demi, elles se sont répétées à de nombreuses reprises et n'ont cessé que depuis l'institution d'un traitement par le sulfarsénol. Mme A... avait été traitée pendant les deux derniers mois de cette grossesse.

fille, née à terme, poids à la naissance, 3 kgr. Placenta : 490 gr. Bien portante.

Le mari de Mme A... a six frères et sœurs bien portants, mais plusieurs autres seraient morts en bas âge.

Observation IX.

Mme G... 31 ans.

Antécédents héréditaires. — La mère de Mme G... divorcée serait morte à 41 ans d'une cirrhose du foie, elle n'a eu qu'une fille, Mme G... Le père a été perdu de vue.

Antécédents personnels. — Mme G... est née à terme et n'a eu pendant son enfance que la rougeole. Menstruation normale.

A 17 ans albuminurie légère.

A 26 ans entérite passagère.

Tendance à la mélancolie, après l'accouchement de 1925.

L'aspect général est excellent, le nez a cependant une forme très particulière, due à une hyperostose des os propres, qui attire immédiatement l'attention.

Les dents sont belles, saines, bien implantées, la voûte palatine est nettement ogivale. Sillons de la langue nombreux, courts, peu profonds, mais cependant très nets.

Wassermann négatif. Hecht légèrement positif.

Commémoratifs obstétricaux. — Cinq grossesses :

1920 : fille née à terme, poids à la naissance, 3 kgr. 300; ictère à la naissance;

1922 : accouchement prématuré à 7 mois;

1923 : avortement à 5 mois et demi;

1925 : fille née à terme, poids à la naissance 3 kgr. 350. Placenta : 450 gr. Bien portante.

1927 : garçon, poids à la naissance 4 kgr. 150. Placenta : 650 gr.

La fille aînée, d'aspect général chétif, a un frontal volumineux, les dents sont régulières, avec ébauche de tubercule de Carabelli à gauche. Langue normale, fréquentes poussées d'urticaire. Céphalées avec épistaxis. Otite suppurée.

La seconde présente une langue dont le sillon médian est un peu plus prononcé que normalement avec quelques très légers sillons à peine visibles.

Langue normale chez le troisième enfant.

Observation X.

Mme P... 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien ne fait soupçonner la spécificité.

Antécédents personnels. — Mme P... serait née à terme et présentait une division congénitale du palais, elle aurait fait ses premiers pas très tard (rachitisme). Très nerveuse dans son enfance, elle eut étant toute jeune des céphalées très violentes dont elle conserve le souvenir. Quatre fois opérée pour végétations adénoïdes, elle prétend avoir eu toutes les maladies infantiles.

Aspect frêle et chétif.

La voûte palatine est ogivale (malformation opérée).

De nombreuses dents sont cariées, surtout au maxillaire supérieur. Celles qui restent sont petites et crénelées.

Prognathisme très marqué du maxillaire inférieur dont les dents passent en avant de celles du maxillaire supérieur.

Langue scrotale ignorée de la malade.

Un examen radioscopique pratiqué en 1926 a montré un voile du poumon droit qui s'éclaire mal à la toux.

Son mari, actuellement bien portant, fut atteint dans son enfance de tuberculose osseuse pour laquelle il fut soigné à Berck. Il conserverait encore une atrophie marquée de la jambe et du bras droit.

Commémoratifs obstétricaux. — Une seule grossesse se terminant par l'accouchement à terme d'une fille vivante, pesant 4 kgr. 990. A l'âge de deux mois, cette enfant ne

pesait plus que 2 kgr. 900, c'est pour ce motif que la mère vient à la consultation. Un traitement par le sulfarsénol fut immédiatement établi chez l'enfant et l'augmentation progressive et régulière du poids coïncide avec le début de ce traitement. La langue de cette enfant est normale.

Malgré que le Wassermann se soit montré huit fois négatif chez la mère, son aspect est tellement caractéristique qu'elle a subi plusieurs traitements dans d'autres hôpitaux.

Wassermann et Hecht ont été une fois de plus négatifs.

Observation XI.

Mme B..., 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort accidentellement.

Mère morte d'une maladie du cœur, a eu 5 enfants dont 4 sont morts très jeunes.

Antécédents personnels. — Mme B... est née à terme.

Nombreuses maladies au cours de son enfance.

Bec de lièvre.

Dents irrégulières, inégales, incisives crénelées.

Voûte palatine ogivale.

Langue scrotale.

Wassermann et Hecht partiellement positifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Neuf grossesses :

6 enfants morts en bas âge dont 4 de méningite;

1 fausse-couche;

1 fille, 3 ans, rachitisme grave;

1 fille, à terme, 2 kgr. 800, placenta : 460 gr., foie et rate normaux, fontanelles presque complètement ossifiées à un mois, nez écrasé, respire mal.

Observation XII.

Mme G... 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents maternels ont eu 12 enfants, les grands-parents paternels en ont eu 12 ou 13. La plupart de ces 24 ou 25 enfants sont morts relativement jeunes, avant la quarantaine.

Père mort d'une fluxion de poitrine à 48 ans.

Mère opérée d'un fibrome de l'utérus, maladie de cœur, céphalées très fréquentes depuis l'enfance. Agée de 72 ans, elle a eu 12 enfants.

1 fille morte à 21 ans (suites de couches);

1 fille morte à 7 ans;

1 garçon mort à 9 ans;

1 fille Mme G...

3 garçons tués à la guerre.

1 fille devenue aveugle vers 13 ou 14 ans, morte à 23 ans;

1 fille, 47 ans, chétive, anémique, céphalées;

3 enfants morts de convulsions en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme G... est née avant terme à 7 mois. Elle a fait ses premiers pas très tardivement, a eu très souvent dans son enfance des convulsions et a toujours souffert de céphalées.

Plus tard, rougeole, oreillons, bronchite, adénopathie cervicale.

Menstruation débutant à 13 ans et demi, irrégulière, douloureuse, elle dure 3 à 4 jours.

Actuellement, myocardite avec hyposystolie, cyanose des lèvres. Varices très marquées aux membres inférieurs.

Céphalées fréquentes et intenses.

Langue scrotale ignorée, les sillons très profonds vers la partie médiane n'atteignent pas les bords.

Hypersensibilité aux mets épicés ou acides.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Neuf grossesses :

1 fille 14 ans, bien portante;

1 garçon 12 ans bien portant;

jumeaux : garçon, fille, morts en naissant (anesthésie de la mère qui ne peut donner de précisions).

1 fille, 10 ans, née à terme, bien portante;

1 avortement à 4 mois et demi;

1 garçon, né à terme, chétif, adénophathie cervicale suivie d'abcès incisé;

1 garçon, mort à 5 mois, méningite et convulsions;

1 avortement à 4 mois et demi;

1 garçon, né à terme. Poids à la naissance 2 kgr. 600, placenta : 550 gr. Cris nocturnes, entérite, convulsions.

Tous ces enfants ont marché tardivement entre 16 et 24 mois. C'est le rapport fœto-placentaire anormal du dernier accouchement qui attira l'attention.

Un premier traitement comportant 5 injections d'acétylarsan amena une amélioration sensible de l'état général, la malade se sentait mieux, les céphalées avaient presque disparu. Mais elle dut repartir à la campagne et le traitement fut abandonné. Elle revient à la consultation pour son plus jeune enfant actuellement âgé de 8 mois et demi, qui a des convulsions.

La langue de cet enfant est normale.

Observation XIII.

M. L..., 35 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 44 ans.

Mère 56 ans (tumeur abdominale traitée par le radium), a eu 4 enfants :

un mort-né;

M. L..., et un garçon (jumeaux);

une fille, 32 ans. Coxalgie opérée à 21 ans (?)

Antécédents personnels. — Bronchites fréquentes.

La voûte palatine est ogivale, plusieurs dents sont cariées au maxillaire supérieur. Sillons de la langue. M. L... est le père de deux enfants :

1° une fille née à terme, pesant à la naissance 3 kgr. 150 avec gros placenta. Cette fille hydrocéphale est morte à un an de méningite;

2° un garçon né à terme, poids à la naissance 3 kgr. 150: placenta 400 gr.

Observation XIV.

Mme J... 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père s'est suicidé.

Mère, 57 ans, a eu 7 enfants, dont deux jumeaux :

fille, morte à 18 ans;

fille, bien portante;

garçon, bien portant;

fille, Mme J...

jumeaux : garçon bien portant; garçon, abcès ossifluent.

Antécédents personnels. — Mme J... n'aurait eu pendant son enfance que la rougeole.

Menstruation débutant à 14 ans, régulière, durant habituellement 8 jours.

Langue présentant de nombreux sillons à disposition foliée, mais ces sillons sont interrompus, profonds par endroits, ils sont tout à fait superficiels en d'autres.

Ebauche bilatérale de tubercule de Carabelli.

Commémoratifs obstétricaux. — Quatre grossesses :

fille, poids à la naissance 3 kgr. 500, morte à 10 mois de bronchopneumonie;

garçon, né avant terme à 8 mois, poids à la naissance, 3 kgr., mort de diphtérie;

garçon, né à terme, poids à la naissance, 4 kgr., mort de troubles digestifs;

garçon, né à terme, poids à la naissance 4 kgr., placenta : 870 gr.

Le poids anormal du placenta attire l'attention.

Wassermann, Hecht et Jacobsthal sont négatifs.

L'enfant a eu une hydrocèle de la vaginale, qui a disparu après deux mois de traitement spécifique. Dès l'âge de un an il avait de grosses amygdales et des végétations adénoïdes.

Observation XV.

Mme L..., 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 57 ans de congestion cérébrale.

Mère morte à 47 ans : a eu 9 enfants dont 4 sont morts en bas âge et plusieurs fausses-couches.

Antécédents personnels. — Mme L... est née avant terme à 8 mois et a fait ses premiers pas à 14 mois. Céphalées depuis l'enfance. Menstruation : débutant à 14 ans, durant habituellement 2 à 3 jours, irrégulière.

Le frontal est vertical, les dents écartées et inégales, les incisives médianes supérieures plus courtes que les incisives latérales. Les canines ont la forme d'incisives.

Langue scrotale, Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

1° accouchement prématuré à 8 mois, garçon pesant à la naissance 2 kgr. 400, mort de bronchopneumonie à 5 mois;

2° accouchement prématuré à 8 mois et demi, garçon pesant à la naissance 2 kgr. 400, mort à 3 semaines de vomissements avec convulsions.

Observation XVI.

Mme F..., 44 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 47 ans, tuberculose pulmonaire probable.

Mère 72 ans, bien portante a eu 4 enfants :

un mort né;

un garçon, 47 ans, troubles digestifs;

un mort-né;

une fille, Mme F...

Antécédents personnels. — Mme F... fut atteinte d'entérite pendant son enfance. Plus tard elle n'eut que la rougeole et les oreillons. Menstruation débutant à 12 ans, durant 10 jours, abondante, douloureuse. Hémorragies fréquentes.

Ptose rénale, hépatique, gastrique et prolapsus utérin.

Lithiase biliaire, métrite, salpingite, ablation des ovaires et de deux fibromes, grande nervosité, réflexes vifs.

Angiome occipital. Langue nettement scrotale.

Observation XVII.

Mme L... 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 43 ans d'une affection aiguë.

Mère 69 ans, ictus apoplectiformes, déviation de la bouche, embarras de la parole, crises bravais-jacksonniennes, a eu 3 enfants :

un enfant mort-né;

un enfant mort à 3 mois;

Mme L...

Antécédents personnels. — Mme L... est née à terme.

Menstruation débutant à 12 ans, durant habituellement 8 jours, irrégulière.

Céphalées fréquentes.

Amaigrissement considérable depuis plusieurs années. Poumons normaux à la radiographie. Pas de bacilles de Koch.

Exophtalmie légère.

Langue scrotale, incisives en forme de canines.

Congestion cérébrale avec perte de connaissance pendant 8 jours, depuis, céphalées intenses et tenaces qui amènent la malade à la consultation.

Wassermann négatif.

Commémoratifs obstétricaux. — Quatre grossesses :

1° garçon né à terme, poids à la naissance 4 kgr. 650, gros placenta. Enfant hypotrophique et nerveux.

2° garçon, chétif mort à 4 ans, de scarlatine;

3° avortement à 4 mois;

4° avortement à 3 mois.

Observation XVIII.

Mme C... 50 ans.

Antécédents héréditaires. — Père syphilitique, mort à 57 ans de paralysie générale.

Mère 69 ans, bronchite chronique, a eu 3 grossesses.

1° une fausse couche.

2° une fille, Mme C...

3° une fille, déséquilibrée.

Antécédents personnels. — Mme C... serait née à terme, elle aurait fait ses premiers pas à 15 mois. Elle eut durant son enfance, la rougeole, la diphtérie et plusieurs otites, l'ouïe est complètement abolie du côté gauche.

Menstruation durant 3 jours, irrégulière.

Céphalées très fréquentes.

Cholécystite.

Sillons de la langue.

Observation XIX.

Mme L..., 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Père 68 ans, ostéomyélite à la suite d'une fracture.

Mère 60 ans, bien portante, a eu 9 grossesses :

1° garçon, commotionné pendant la guerre, depuis crises d'épilepsie;

2° garçon, prématuré, mort à 7 mois;

3° fille, Mme L...;

4° garçon, mort de méningite vers 1 an;

5° garçon, mort de méningite vers 4 ans;

6° garçon, 28 ans, bien portant;

7° fille, 26 ans, rhumatisante, céphalées;

8° fille, 22 ans, chétive, ozène;

9° fille, 17 ans, chétive, otites, strabisme.

Antécédents personnels. — Mme L... née à terme, n'aurait eu dans son enfance que la rougeole et la scarlatine.

Menstruation ayant débuté à 17 ans, irrégulière.

Lithiase biliaire traitée dans un autre service.

Céphalées fréquentes.

Langue scrotale.

Wassermann négatif.

Commémoratifs obstétricaux. — Trois grossesses :

1° avortement à 3 mois;

2° accouchement prématuré à 7 mois, enfant mort une heure après;

3° accouchement prématuré à 7 mois, fille pesant à la

naissance 1 kgr. 800. Cette enfant, chétive et maladive aurait eu successivement : deux congestions pulmonaires, une bronchite capillaire, deux bronchopneumonies, la coqueluche, une quadriplégie avec aphasie qui aurait disparu en 3 mois sans laisser aucune trace. Il y a un an goître avec tremblement des membres et troubles mentaux.

Actuellement, adénite cervicale. Langue légèrement sillonnée.

Observation XX

Mme C..., 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort subitement vers 60 ans.

Grand'mère maternelle, morte très jeune, 3 enfants :

garçon mort à 70 ans;

fille, la mère de Mme C..., morte à 58 ans asthmatique;

fille.

Grand-père paternel mort à 65 ans;

Grand'mère paternelle, paralysée, morte à 65 ans a eu 11 enfants, 2 sont encore vivants;

Le père de Mme C... est mort à 58 ans (plaie infectée?);

8 seraient morts en bas âge.

Les parents de Mme C... ont eu 9 ou 10 enfants :

1 fille, 40 ans, incisives médianes supérieures écartées, Wassermann et Hecht négatifs;

1 fille, 37 ans, céphalées violentes, a fait 3 fausses-couches.

4 garçons, dont un est mort à 5 ans;

1 fille, Mme C...;

2 ou 3 autres enfants seraient morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme C... serait née à terme et a eu des convulsions pendant sa première enfance. Plus tard, rougeole, scarlatine, coqueluche.

Menstruation débutant à 14 ans, irrégulière.

Le facies est très spécial, le menton est très allongé dans le sens vertical, les dents sont petites, courtes, coupées de sillons transversaux nombreux et marqués, elles sont espacées, leur écartement atteignant pour certaines deux millimètres. La langue est scrotale typique, rouge vif, les sillons y sont nombreux et profonds. Le traitement institué a produit une amélioration considérable, les sillons sont actuellement beaucoup moins profonds et la couleur de la muqueuse est presque normale. Les acides provoquent une sensation désagréable. Mme C... ne connaît personne dans sa famille ayant une langue semblable.

Commémoratifs obstétricaux. — Une seule grossesse qui s'est terminée par la naissance de deux jumeaux :

garçon, poids à la naissance 1 kgr. 500;

fille, poids à la naissance 2 kgr.

La fille traitée en même temps que son frère n'a eu aucun accident et paraît absolument normale.

C'est pour le garçon, âgé de 8 mois et demi, qui a des convulsions, que Mme C... est venue à la consultation. Cet enfant présente un crâne natiforme dont les veines superficielles sont dilatées. Il a eu des convulsions dès l'âge de 8 mois. Première dent à un an.

Actuellement âgé de 20 mois, il pèse 10 kgr. et ne marche encore pas, sa tête est volumineuse, les veines superficielles du crâne encore très apparentes, les jambes sont très déformées.

Ces deux enfants ont une langue absolument normale.

Pour compléter cette observation, nous ajouterons que la mère de M. C... était jumelle et qu'elle a mis au monde deux jumeaux, nés avant terme à 8 mois et morts le lendemain de leur naissance.

Observation XXI

Mme L... 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père, ancien colonial, mort à 54 ans de congestion cérébrale.

Mère morte à 54 ans de tabes avec cécité, a eu 6 enfants :

1 fille, morte à 22 mois;

1 fille, Mme L... ;

1 fille, prématurée, morte à 9 mois;

1 fille, sur les conseils du médecin qui soignait la mère, elle se fait traiter à la consultation spéciale du Dr Gougerot;

1 fille, appendicite, maladie du cœur;

1 garçon, subit un traitement pour hérédo-syphilis.

Antécédents personnels. — Menstruation tardive, à 17 ans, durant 8 jours, régulière.

Céphalées fréquentes, strabisme.

Langue sillonnée.

Le bord des incisives paraît dépourvu d'émail.

Wassermann négatif.

Commémoratifs obstétricaux. — Une seule grossesse qui s'est terminée par la naissance à terme d'une fille pesant 3 kgr. 470. Placenta 600 gr.

Le rapport fœto-placentaire, légèrement supérieur à la normale, a ici encore attiré l'attention.

L'enfant fut à plusieurs reprises atteinte d'entérite.

Observation XXII.

Mme G... 65 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents maternels morts jeunes, ont eu 4 enfants dont la mère de la malade, morte à 54 ans de tuberculose. Les 3 autres sont morts en bas âge. Le père est mort à 62 ans à la suite d'une intervention chirurgicale.

Mme G... a un frère âgé de 64 ans.

Cinq autres frères ou sœurs seraient morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme G... née à terme n'a eu aucune maladie sérieuse pendant son enfance.

Menstruation débutant à 15 ans, normale, ménopause à 44 ans.

A 63 ans, congestion cérébrale avec aphasie transitoire.

A 64 ans, en quelques jours, disparition du goût et de l'odorat qui amène la malade à consulter.

Les dents du maxillaire supérieur, cariées depuis longtemps, manquent complètement, celles qui restent au maxillaire inférieur sont normales.

Langue scrotale à sillons nombreux dont la malade ignore la date d'apparition. Coloration rouge, hypertrophie papillaire légère, pas d'hypersensibilité.

Wassermann et Hecht ont été deux fois négatifs.

Bruits aortiques forts, mais pas de souffle.

Tension artérielle : 21-11.

Mme G... fut traitée surtout par les préparations bismuthiques, il en résulta une amélioration très sensible du goût et surtout de l'odorat, dont elle perdit le bénéfice lors d'un arrêt de traitement Amélioration notable des sillons de la langue.

Commémoratifs obstétricaux. — Trois grossesses :

garçon, né à terme, mort à 44 ans de congestion cérébrale;

fille, née à terme, 42 ans, a fait un avortement;

garçon, né à terme, a eu deux enfants dont une fille morte à 8 mois.

Le mari de Mme G... est mort à 43 ans d'une maladie du cœur.

Observation XXIII.

Mme L..., 33 ans.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents paternels ont eu 7 enfants, deux seulement seraient encore vivants et bien portants. Les grands-parents maternels auraient eu 13 enfants, cinq seulement seraient vivants. Mme L... croit que les autres sont morts très jeunes.

Son père, alcoolique, est mort à 39 ans, sa mère est morte à 54 ans, tous deux de tuberculose pulmonaire. Ils ont eu 11 enfants, 6 sont vivants, 5 sont morts ;

1 mort jeune, de diphtérie;

1 mort à 3 ans de convulsions;

2 morts en bas âge;

1 mort à 28 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Mme L... est née à terme, elle aurait fait ses premiers pas à 8 mois et demi. Elle a présenté, pendant son enfance, des convulsions, des céphalées, une entérite, un ictère, la coqueluche et la rougeole.

Menstruation débutant à 15 ans, régulière, très abondante, durant 7 ou 8 jours.

Une crise de coliques hépatiques à chacune de ses grossesses.

Lésion pulmonaire du sommet gauche avec hémoptysies.

Urines constamment troubles même en dehors de la grossesse.

Albuminurie pendant la grossesse seulement.

Pupilles irrégulières, en mydriase, ne réagissant ni à la lumière, ni à la distance. Réflexes tendineux normaux.

Carie dentaire précoce, ayant débutée à 15 ans par les incisives médianes supérieures. Carie précoce dans toute la famille, du côté maternel.

La langue est coupée de nombreux sillons, courts mais profonds. Hypertrophie papillaire très marquée sur les bords.

Wassermann et Hecht positifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

fille, née à terme, pesant à la naissance 5 kgr. 730, morte à 21 mois de bronchopneumonie.

Garçon, né à terme (application de forceps) pesant à la naissance 4 kgr. 600, mort à 3 mois, de convulsions.

Observation XXIV.

Mme K..., 36 ans.

Antécédents héréditaires.— Les grands-parents maternels ont eu 11 enfants dont plusieurs sont morts en bas âge.

La grand'mère paternelle morte à 60 ans avait de l'ascite.

Elle n'eut que deux enfants : une fille morte de tuberculose et un garçon, le père de Mme K...

Père 62 ans, rhumatisant, langue scrotale.

Mère 59 ans, bien portante, a eu 7 enfants tous vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Mme K... est née à terme. Pas de convulsions dans l'enfance, mais céphalées dès l'âge de 10 ans. Plus tard, rougeole, coqueluche et coxalgie (?) qui guérit en un mois sans laisser aucune trace.

Menstruation débutant à 13 ans, régulière, peu abondante, durée 3 jours.

Ulcère variqueux à la jambe gauche depuis 1925.

Dents de forme normale, de nombreuses sont cariées.

La racine du nez est un peu élargie.

Langue scrotale très accentuée avec plage de glossite exfoliatrice, dont Mme K... a constaté pour la première fois

l'existence à l'âge de 13 ans. Hypersensibilité aux acides.

Mme K... nous déclare que deux de ses sœurs et un frère ont une langue semblable ainsi que son père.

Un traitement spécifique fait en ville d'abord, à l'hôpital ensuite, amena une disparition rapide des céphalées qui dataient de l'enfance. L'ulcère variqueux, très amélioré, est devenu rouge, bourgeonnant, saignant facilement et donne l'impression d'une cicatrisation complète prochaine.

Les sillons de la langue sont encore très nets mais la malade les trouve elle-même très sensiblement améliorés.

Commémoratifs obstétricaux. — Quatre grossesses :

fille, poids à la naissance 3 kgr., morte une heure après.

fille, poids à la naissance, 4 kgr., convulsions à 11 mois et à 20 mois;

fille, poids à la naissance 4 kgr., grosses amygdales, végétation adénoïdes.

garçon, poids à la naissance 3 kgr. 820, placenta 600 gr. langue normale.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation XXV.

Mme M... 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents maternels morts tous deux à 82 ans d'une attaque d'apoplexie. Ils ont eu 5 enfants dont deux jumeaux qui sont morts vers l'âge de 3 semaines, les 3 autres enfants sont vivants.

Le père, âgé de 58 ans, est bien portant.

La mère, 52 ans, aurait une maladie nerveuse (?) et une maladie du foie.

Un seul enfant, Mme M...

Antécédents personnels. — Mme M... est née à terme, pas de convulsions dans l'enfance, mais, vers 12 ans, entérite sévère qui nécessita son entrée à l'hôpital.

Mal de Pott à 9 ans, cyphose dorsale supérieure très accentuée.

Menstruation débutant à 13 ans, durée habituelle 2 jours, irrégulière.

Incisives supérieures en palettes, voûte palatine légèrement ogivale.

Langue scrotale datant de l'enfance qui avait déjà préoccupé la mère de la malade. Trois nœvi pigmentaires du cou.

En 1921, Mme M... a eu un ictère avec hypertrophie hépatique qui dura 4 mois.

Commémoratifs obstétricaux. — Huit grossesses :

1918 : garçon, né à terme, mort d'hémorragie ombilicale à 10 jours;

1919 : fille, basiotripsie.

1920 : fille, accouchement prématuré à 6 mois et demi, morte le lendemain;

1921 : avortement à 3 mois et demi;

1922 : avortement à 5 mois et demi;

1924 : avortement à 5 mois et demi;

1925 : avortement à 6 mois;

1928 : enceinte, a déjà eu des pertes de sang.

Traitée depuis 1920 dans d'autres hôpitaux par injections intramusculaires et intraveineuses, son Wassermann est négatif.

Observation XXVI.

Mme P... 30 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents paternels morts de tuberculose pulmonaire, ont eu 8 enfants, dont un seul est mort de tuberculose pulmonaire.

Grands-parents paternels, ont eu 13 enfants dont le

père de Mme P... qui est mort à 60 ans de cirrhose du foie, les autres seraient vivants.

La mère est en bonne santé; elle a eu 6 enfants, dont un est mort à 18 mois de convulsions, les cinq autres sont vivants. Elle a fait en outre une fausse-couche.

Antécédents personnels. — Mme P... née à terme n'a marché qu'à 20 mois.

Menstruation normale.

Exophtalmie légère.

Fracture du nez.

Dents normales. Sillons très marqués de la langue, à direction transversale, partant du sillon médian ils n'atteignent pas tout à fait les bords. Ils sont surtout nets vers la partie postérieure de l'organe. Mme P... ne connaît pas la date d'apparition de ces sillons qu'elle ignorait.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

1° grossesse gémellaire, accouchement avant terme de deux garçons dont un mort né, l'autre pesant 2 kgr., mort à 10 mois de bronchopneumonie;

2° Garçon né à terme, sans lésions cutanées ni organiques. Poids à la naissance 4 kg. 330. Placenta : 770 gr. Hydrocèle à 1 an et demi.

Le rapport fœto-placentaire légèrement supérieur à la normale attira l'attention. Le Wassermann était alors partiellement positif.

Mme P... ayant parlé à sa mère du traitement qu'elle subissait, sa mère lui a déclaré qu'elle avait été vaccinée après un enfant qui avait une éruption sur tout le corps et qu'un mois après environ, elle-même aurait présenté une éruption généralisée, accompagnée d'abcès au cou, qui se sont fistulisés et dont Mme P... porte encore la cicatrice.

Peut-être s'agit-il de syphilis vaccinale.

Observation XXVII.

Mme C..., 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort à 84 ans d'un étranglement herniaire.

Grand'mère maternelle morte à 85 ans hémiplégique, aphasique.

Trois enfants, dont deux encore vivants.

Grand-père paternel mort à 77 ans, dans le gâtisme.

Grand'mère paternelle morte à 77 ans hémiplégique, langue scrotale. Un seul enfant, le père.

Père 72 ans, diabétique.

Mère morte à 53 ans, pleurésie. Avait eu plusieurs ictères. Ils ont eu deux filles actuellement vivantes, dont Mme C...

Antécédents personnels. — Mme C... née à terme, elle a fait ses premiers pas à 15 mois et n'a eu pendant son enfance aucune maladie sérieuse.

Menstruation normale ayant débuté à 15 ans et demi.

Appendicite opérée il a 5 mois.

Varices des membres inférieurs.

Aplasie dentaire, carie complète dès l'âge de 22 ans, voûte palatine ogivale typique.

Langue scrotale très marquée, la malade raconte que sa sœur et sa grand'mère paternelle avaient une langue semblable. Hypertrophie papillaire accentuée, hypersensibilité aux acides. Mme C... s'aperçut pour la première fois des sillons de sa langues vers l'âge de 13 ans, en mangeant un bonbon acidulé dont la saveur lui paraissait particulièrement désagréable.

Mme C... a eu plusieurs coliques hépatiques, le foie est légèrement hypertrophié.

Commémoratifs obstétricaux. — Trois grossesses, terminées par la naissance d'une fille et de deux garçons. Les deux garçons paraissent normaux et ont une langue normale.

La fille pesait à la naissance 3 kgr., elle eut sa première dent à 6 mois, commença à parler à 2 ans, fit ses premiers pas à 2 ans et demi.

Pendant sa première enfance : constipation opiniâtre, rougeole.

Plus tard otites à répétition, céphalées.

Vient à la consultation pour la première fois à 14 ans et demi.

On constate : facies mongoloïde, arriération mentale manifeste, cheveux laineux, secs, donnant au toucher la sensation d'étoupe.

Coryza chronique depuis l'enfance, les sécrétions nasales coulent continuellement sur la lèvre supérieure. Les sourcils sont à peine composés de quelques poils.

Strabisme convergent de l'œil gauche.

Les dents sont bien conservées, incisives écartées. Les deux incisives latérales supérieures ont la forme de canines.

Voûte palatine courte et ogivale.

Langue nettement sillonnée, les sillons sont longs mais assez superficiels, ils donnent l'impression d'un début de langue scrotale. La mère ignore la date de leur apparition, sa fille n'a été réglée qu'une seule fois, les règles n'ont pas reparu depuis plusieurs mois, les poils sont absents au pubis et à l'aisselle.

Un traitement spécifique est institué, la menstruation reprend, mais ce traitement étant abandonné pendant 6 mois, les règles disparaissent à nouveau pendant 2 mois. Le traitement est alors repris, la menstruation reparaît, elle est régulière. La jeune malade travaille mieux, fait

son travail avec plus d'attention et d'intelligence, n'a plus de maux de tête.

Actuellement traitée depuis deux ans « elle va tellement mieux que son père, qui au début s'opposait au traitement, l'envoie pour le reprendre ».

Notons qu'elle avait reçu sans résultats dans d'autres hôpitaux plusieurs traitements opothérapiques.

Wassermann et Hecht ont été trois fois négatifs chez la mère et chez l'enfant.

Observation XXVIII.

Mme M... 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents maternels décédés, ont eu 11 enfants dont 4 seulement sont encore vivants.

Les grands-parents paternels morts vers 60 ans ont eu également 11 enfants. Toute la famille du côté paternel souffre de céphalées. Sur ces 11 enfants cinq sont morts très jeunes, dont trois de méningite.

Père mort à 61 ans, cancer de l'estomac, céphalées.

Mère 58 ans, bien portante, a eu 6 enfants :

Garçon souffrait de céphalées, tué à la guerre;

Fille, céphalées;

Fille a eu 5 enfants dont deux jumelles mortes à la naissance.

La malade et deux de ses frères qui souffrent tous trois de céphalées.

Antécédents personnels. — Mme M... est née à terme, céphalées violentes avec vomissements pendant son enfance.

Scarlatine, appendicite.

Menstruation débutant à 14 ans, régulière, peu abondante.

Adulte, elle eut la diphtérie et une grippe suivie de bronchite.

Sa face est plate, le frontal est vertical, la suture médiane des os du crâne est épaissie.

Vitiligo sur le cou.

Sourcils en clairière, cheveux rares.

Dents normales de forme, voûte palatine légèrement ogivale.

Langue sillonnée surtout vers la périphèrie; les sillons très nets sur les bords n'atteignent pas le sillons médian. C'est en somme une ébauche de langue scrotale du type folié. Hypersensibilité aux acides. Mme. M... ignorait l'état particulier de sa langue.

Exophtalmie marquée.

Adénopathie inguinale considérable.

Wassermann positif lors de la première consultation, actuellement négatif.

Chez son mari, traité dans un autre service, le Wassermann est négatif mais le Jacobsthal est positif.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

1° Accouchement prématuré à 6 mois, fœtus macéré.

2° Accouchement à terme (après traitement) d'un garçon pesant à la naissance 2 kg. 900, placenta : 430 gr.

Cet enfant traité depuis sa naissance à une langue normale.

Malgré la contamination conjugale récente de Mme M... nous pensons devoir attribuer les sillons de sa langue à l'hérédo-syphilis.

Observation XXIX.

Mme. H... 25 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort subitement à 92 ans.

Grand'mère maternelle, morte vers 72 ans, cécité depuis l'âge de 37 ans, 3 enfants :

fille, morte, suite de couches;

garçon, perdu de vue;

fille, la mère de Mme H...

Père mort à 45 ans d'un cancer de l'estomac.

Mère mélancolie à la ménopause, a eu 7 enfants bien portants, un avortement à 4 mois et un mort-né.

Antécédents personnels. — Mme H... et née à terme, elle eut pendant son enfance la rougeole, la coqueluche, une congestion pulmonaire et les oreillons.

Menstruation débutant à 11 ans, arrêt pendant un an, régulière ensuite, durée habituelle 4 jours.

La première et la deuxième dentition furent précocement cariées, un dentier complet a été nécessaire dés l'âge de 18 ans.

Langue sillonnée sur toute sa partie libre, véritable langue scrotale avec hypersensibilité aux mets acides.

Hypertrophie légère du corps thyroïde avec exophtalmie et tachycardie.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation XXX.

M. J... 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père décédé, glaucome.

Mère 68 ans, bien portante, a eu deux enfants et plusieurs fausses-couches.

Chez M. J... on constate une exophtalmie légère.

Microdontisme, voûte palatine normale.

Langue scrotale ignorée, pas d'hypersensibilité.

Adénopathie cervicale suppurée ancienne avec cicatrices de nombreuses fistules.

M. J... a contracté la syphilis depuis peu de temps et a contaminé sa femme qui a fait un accouchement prématuré à 6 mois et demi, enfant mort-né avec pemphigus palmo-plantaire.

Wassermann et Hecht sont positifs chez M. J... et chez sa femme.

Observation XXXI

Mme M... 32 ans.

Antécédent héréditaires — Père mort à 44 ans d'une affection pulmonaire aiguë

Mère 64 ans, bien portante, a eu dix enfants, sur ce nombre 6, dont Mme M... sont bien portants, un est mort à 12 ans et 3 en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme M... est née à terme, pas de convulsions ni de maladies dans son enfance.

Menstruation tardive à 18 ou 19 ans, durant 5 jours, régulière, très abondante.

Dents très mal implantées, carie précoce, dentier complet au maxillaire supérieur.

Langue scrotale marquée que Mme M... ignorait, pas de sensibilité spéciale.

Commémoratifs obstétricaux. — Six grossesses :

1° avortement à 2 mois;

2° avortement à 2 mois et demi;

3° avortement à 3 mois;

4° accouchement à terme, garçon;

5° avortement à 2 mois et demi;

6° avortement.

Le garçon né à terme pesait à la naissance 3 kgr., il eut sa première dent à 7 mois et fit ses premiers pas à 15 mois. Convulsions dès l'âge de 5 mois à une dizaine de reprises.

Son front est bombé, dents normales, voûte palatine légèrement ogivale, langue normale. Cet enfant est très nerveux et d'un caractère très difficile, dit sa mère.

Wassermann et Hecht négatifs chez Mme M...

Pour compléter cette observation, nous devons ajouter que M. M... a eu 11 frères et sœurs dont 4 sont morts en bas âge, que lui-même présente des érosions dentaires et une réaction de Hecht partiellement positive.

Observation XXXII

Mme C... 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Les grands-parents paternels ont eu 8 enfants, dont 4 sont vivants, parmi les 4 autres, un est mort à 8 ans et trois morts probablements en bas âge, dit Mme C...

Père, 60 ans, bien portant.

Mère, 50 ans, ulcère de l'estomac, maladie du foie (?), a eu 13 grossesses :

6 enfants, dont Mme C..., seraient bien portants.

1 est atteint de cataracte.

1 aurait eu des crises d'épilepsie de 10 à 17 ans;

1 fille est morte à 8 mois de diarrhée.

3 fausses-couches successives.

Tous ces enfants étaient très gros à la naissance, le plus petit pesait 4 kgr.

Antécédents personnels. — Mme C... née à terme, pesait à sa naissance 6 kgr.

Elle fit ses premiers pas vers 18 mois. Elle n'eut pendant son enfance que la coqueluche et une bronchopneumonie.

Plus tard, adénopathie cervicale légère.

Menstruation débutant à 14 ans, durant 5 jours, régulière, douloureuse depuis le mariage.

Le facies est congestif, frontal vertical.

De nombreuses molaires sont cariées, les incisives médianes supérieures sont écartées. Tubercule de Carabelli à gauche. Voûte palatine très ogivale.

Langue scrotale typique que Mme C... ignorait.

Le foie est gros et douloureux.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

1° accouchement prématuré à 6 mois et demi;

2° grossesse actuelle, dernières règles le 2 janvier 1928.

Le Wassermann fut toujours négatif, le Hecht d'abord partiellement positif fut deux fois négatif après traitement.

Observation XXXIII.

Mme A... 22 ans.

Antécédents héréditaires. — La grand'mère maternelle a eu 5 filles dont deux ont fait plusieurs fausses-couches, une a eu deux jumeaux.

Père 62 ans, maladie des yeux (?) depuis 40 ans.

Mère 56 ans, rhumatismes, céphalées, a eu 14 enfants dont 5 sont morts en bas âge, deux filles seraient anémiques, deux autres ont fait plusieurs fausses-couches.

Antécédents personnels. — Mme A... est jumelle.

Pas de maladie sérieuse de l'enfance.

Menstruation débutant à 11 ans, irrégulière.

Dentition normale avec ébauche de tubercule de Carabelli à droite.

Voûte palatine légèrement ogivale.

Sillons larges et profonds sur toute la partie médiane de la langue.

Wassermanne et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Huit grossesses :

1 avortement à 3 mois;

fille à terme morte à deux ans et demi;

6 avortements.

Observation XXXIV.

Mme S... 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père, tumeur de l'estomac, très amaigri, mort subitement à 56 ans.

Mère paralysée, morte à 52 ans de congestion cérébrale, son Wassermann était légèrement positif. Elle eut 3 enfants :

garçon, mort à 5 ans de méningite;

fille, Mme S...

fille morte à 10 jours.

Antécédents personnels. — Mme S... n'aurait eu pendant son enfance que la scarlatine et la coqueluche.

Menstruation débutant à 13 ans, régulière, douloureuse, durée habituelle 3 jours.

Depuis l'âge de 30 ans elle serait atteinte d'entérite avec nausées, vomissements faciles et diarrhée.

Quelques sillons de la langue que Mme S... ignorait. Voûte palatine et dentition normales.

Commémoratifs obstétricaux. — Huit grossesses :

garçon né à terme, pesant à la naissance 3 kgr. 500, actuellement âgé de 14 ans.

garçon, pesant à la naissance 3 kgr. 500, actuellement âgé de 8 ans il est dans un préventorium.

2 avortements provoqués;

fille, 6 ans, née à terme, pesant à la naissance 3 kgr.; convulsions à 5 mois, coqueluche, diphtérie, otites, appendicite, végétations adénoïdes, amygdalectomie. Voûte

palatine ogivale, microdontisme avec écartement des incisives, tubercule de Carabelli bilatéral Wassermann et Hecht négatifs.

Avortement provoqué.

fille, pesant à la naissance 4 kgr., morte à 6 mois de convulsions;

fille, née à terme, pesant à la naissance 3 kgr. 800, placenta : 650 gr.

Mme S... reçut une série d'injections de novarsénobenzol pendant cette dernière grossesse, sa fille, âgée de 8 mois paraît normale.

Wassermann et Hecht négatifs chez Mme S...

Observation XXXV.

Mme C..., 23 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la grippe à 42 ans.

Mère 51 ans, bien portante, a eu 8 grossesses :

1 mort-né;

1 avortement;

1 garçon, 29 ans sourd-muet;

1 garçon, crises d'épilepsie;

4 enfants bien portants dont Mme C...

Antécédents personnels. — Mme C... est née à terme, pas de maladie sérieuse de l'enfance.

Menstruation régulière ayant débuté à 13 ans, durée habituelle, 3 jours.

Sillons de la langue, nombreuses dents cariées.

Commémoratifs obstétricaux. — Quatre grossesses :

avortement à 4 mois;

garçon, né avant terme à 8 mois, poids à la naissance 2 kgr. 500, mort à 6 mois de méningite;

avortement à 1 mois et demi;
avortement à 2 mois.
Wassermann et Hecht négatifs.

Observation XXXVI

Mme F..., 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 45 ans, vraisemblablement de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies. Mère vivante, bien portante, a eu six grossesses :

fille, actuellement âgée de 40 ans;

Jumelles : deux filles
Jumeaux : une fille, un garçon } morts vers 2 ou 3 mois.

fille, bien portante, deux grossesses extra-utérines;
fille, Mme F...;
fille, morte en nourrice à l'âge de quelques mois.

Antécédents personnels. — Mme F... aurait eu une méningite à 4 ans, céphalées fréquentes, constipation, rougeole.

Menstruation débutant à 12 ans, durant 2 à 3 jours, irrégulières.

A 21 ans, Mme F..., tousse, crache, est traitée pour tuberculose pulmonaire.

A 30 ans, violentes crises douloureuses dans la région hépatique, sans ictère.

A 31 ans, bronchopneumonie.

A 34 ans, hématuries avec pollakiurie.

Submatité du poumon droit, augmentation des vibrations du même côté, respiration rude, râles sous-crépitants fins, légère pectoriloquie.

Réflexes vifs.

Angiome occipital. Sillons de la langue que Mme F... ignorait.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Une seule grossesse :

garçon né à terme, pesant à la naissance 4 kgr. 500, actuellement âgé de 12 ans, otite bilatérale à 4 ans, rougeole, scarlatine, oreillons, enfant hyperémotif, travailleur, n'est pas en retard au point de vue scolaire, dents écartées, mal implantées, mais non déformées. La voûte palatine un peu étroite est peu profonde, langue normale, visage asymétrique.

Observation XXXVII.

Mme M..., 31 ans.

Antécédents héréditaires. — Père éthylique mort à 59 ans.

Mère 70 ans, bien portante, a eu 15 enfants dont 11 sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Menstruation ayant débuté à 15 ans, régulière et normale.

Céphalées fréquentes, périodes de mélancolie.

Le front est proéminent, les yeux enfoncés, les incisives latérales supérieures sont petites et ont la forme de canines.

La langue présente un sillon médian anormalement profond.

Wassermann et Hecht sont négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Six grossesses :

fille, née à terme, poids à la naissance 3 kgr., morte à 16 mois de méningite;

garçon, né à terme, poids à la naissance, 5 kgr., incontinence d'urine;

fille, née à terme, poids à la naissance, 3 kgr. 500, rachitisme grave, n'a marché qu'à 4 ans;

garçon, né à terme, poids à la naissance 3 kgr. 750, mort à 4 mois de diarrhée verte;

garçon, né à terme, poids à la naissance 3 kgr. 500, mort à 3 mois et demi de diarrhée verte;

garçon, né à terme, poids à la naissance, 3 kgr. 550, placenta : 600 gr., diarrhée. Cet enfant fut traité peu après la naissance et était en bonne santé quand sa mère abandonna le traitement, il eut alors des convulsions qu'un deuxième traitement fit cesser.

Pour compléter cette observation, ajoutons que le mari de Mme M... réformé pour incontinence d'urine a eu huit frères et sœurs morts en bas âge et que sa mère avait fait plusieurs fausses-couches.

Observation XXXVIII

Mme S..., 24 ans.

Antécédents héréditaires. — Père 60 ans, bien portant. Mère morte à 37 ans, fistule anale, elle a eu 9 enfants dont 3 sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Née à terme, céphalées dans l'enfance, rougeole, scarlatine.

Menstruation débutant à 14 ans, durant 8 jours, régulière et abondante. Goître avec exophtalmie légère.

Implantation dentaire très irrégulière, voûte ogivale.

Langue scrotale très nette, la pointe de la langue est déviée vers la gauche.

Commémoratifs obstétricaux. — Cinq grosesses :

fille, poids à la naissance, 2 kgr., morte à 5 mois, de méningite;

garçon, poids à la naissance, 3 kgr. 500, mort à 5 mois de méningite;

garçon, poids à la naissance 4 kgr., mort à 5 mois de méningite;

avortement à 2 mois;

fille, née à terme, poids à la naissance 3 kgr. 150, placenta : 550 gr., court traitement de la mère à la fin de cette dernière grossesse.

Wassermann et Hecht partiellement positifs en 1926, actuellement négatifs, après traitement.

Observation XXXIX

Mme V..., 19 ans.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 45 ans, actuellement bien portant, a eu une hémoptysie à 42 ans.

Mère, 38 ans, bien portante, a eu 7 grossesses :

avortement, à 1 mois et demi;

avortement à 1 mois et demi;

avortement à 3 mois;

fille, morte à 18 mois de convulsions;

fille, Mme V...

garçon, 17 ans, bien portant;

fille, 16 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — Mme V... est née à terme.

Céphalées fréquentes, rougeole, coqueluche.

Menstruation débutant à 18 ans, régulière, durée variable.

Belle dentition avec implantation régulière.

Voûte palatine ogivale.

Sillons de la langue.

Légère inégalité pupillaire.

Pas d'albuminurie pendant la grossesse.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

avortement à 3 mois et demi;

avortement à 2 mois.

Observation XL

Mme H..., 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 27 ans, de tuberculose pulmonaire.

Mère morte à 50 ans, chlorose (?), a eu 8 grossesses qui ont donné lieu à 5 fausses-couches. Parmi les 3 enfants vivants, un garçon actuellement âgé de 39 ans serait atteint de bronchite chronique.

Antécédents personnels. — Née à terme.

Bronchite à 5 ans.

Menstruation régulière ayant débuté à 16 ans.

Langue scrotale typique avec plage de glossite exfoliatrice.

Prognathisme marqué du maxillaire supérieur.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Quatre grossesses :

garçon né à terme, poids à la naissance, 2 kgr. 500, convulsions, à 5 mois, mort à 6 ans de la grippe.

avortement à 4 mois;

avortement à 3 mois;

fille née à terme, poids à la naissance 3 kgr. 250.

Traitement de la mère pendant la dernière grossesse.

Observation XLI

Mme S..., 39 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 80 ans.

Mère morte à 42 ans après un accouchement, a eu 8 grossesses, 3 enfants sont encore vivants dont une fille qui a eu deux jumeaux mort-nés à 8 mois. Les 5 autres enfants sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Mme S... est née à terme, elle aurait été anémique dans son enfance.

Menstruation débutant à 17 ans, durée variable de 3 à 8 jours, régulière.

Prognathisme accentué du maxillaire supérieur, dents larges et proéminentes.

Langue nettement scrotale.

Commémoratifs obstétricaux. — Cinq grossesses :

garçon, né à terme, bronchite à 2 et 3 ans;

fille, née à terme, pesant à la naissance 3 kgr. 200, albuminurie, morte à 3 ans de bronchopneumonie;

fille, née à terme, poids à la naissance 3 kgr. 300, morte à 18 mois, de méningite.

fille, née à terme, poids à la naissance, 4 kgr. 200, bronchite à 8 mois, nez en lorgnette;

fille, née à terme, poids à la naissance 3 kgr. 800, morte de bronchopneumonie à 2 mois et demi.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation LXII

Mme N..., 28 ans.

Antécédents héréditaires. — Grand-père maternel mort âgé.

Grand'mère maternelle, morte à 60 ans, maladie du cœur, plusieurs de ses enfants sont morts en bas âge, une fille seulement est parvenue à l'âge adulte, c'est la mère de Mme N...

Les grands-parents paternels ont eu 3 enfants vivants et plusieurs morts en bas âge.

Père emphysémateux, s'est suicidé à 53 ans.

Mère morte à 44 ans de congestion cérébrale, a eu 4 grossesses :

fille, Mme N...

fille, 25 ans, convulsions dans l'enfance;

fausse-couche;

fille morte à 14 mois de méningite.

Antécédents personnels. — Mme N... est née à terme, elle eut des convulsions à 9 mois et à 2 ans, plus tard rougeole, coqueluche, varicelle.

Menstruation débutant à 13 ans, durant 5 jours, régulière.

Léger angiome du cou, dents écartées et striées transversalement, voûte palatine profonde, langue scrotale que la malade ignorait.

Commémoratifs obstétricaux. — Mme N... n'a eu qu'un enfant qui pesait à sa naissance 3 kgr. 500 et qui paraît bien portant.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation XLIII

Mme K..., 31 ans.

Antécédents héréditaires. — Père 68 ans, bien portant.

Mère 64 ans, hémiplégique depuis l'âge de 57 ans, 3 grossesses :

garçon, né à terme, perforation ou division congénitale du palais, n'a vécu que quelques jours.

Fille, Mme K...

Garçon, né à terme, mort de convulsions.

Antécédents personnels. — Née à terme, Mme K... a eu des convulsions à 3 ans.

Menstruation débutant à 14 ans, irrégulière.

Constipation opiniâtre.

Dents normales. Langue scrotale.

Wassermann, Hecht et Desmoulières négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

mort-né macéré;

avortement à 2 mois;

Le mari de Mme K... fut atteint de kératite interstitielle, avec Wassermann négatif. Il eut encore une hydarthrose récidivante du genou.

Très nerveux il est actuellement traité à la Salpêtrière, Wassermann : H^7.

Observation XLIV.

Mme N...

Antécédents héréditaires. — Le grand-père et la grand'mère maternels sont morts assez jeunes, ils ont eu douze enfants dont 8 vivants et 4 jumeaux nés prématurément, morts à la naissance.

Père 58 ans, bien portant;

Mère morte à 25 ans après un accouchement, a eu 4 enfants :

fille, Mme N...

fille, 28 ans, arriération mentale;

garçon, 26 ans;

garçon, mort à la naissance;

Antécédents personnels. — Rougeole à 18 ans.

Menstruation débutant à 17 ans, régulière, durant 3 jours. Nombreuses dents cariées, la carie a été précoce, elle aurait débuté vers 18 ans. Incisives latérales supérieures en forme de canines.

Langue scrotale typique, remarquée seulement depuis le mariage.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

Deux avortements au deuxième mois.

Hecht négatif.

Observation XLV.

Mme C... 21 ans.

Antécédents héréditaires. — Le père et la mère âgés de 52 ans sont bien portants, ils ont eu 4 enfants :

deux sont morts en bas âge;

un garçon âgé de 25 ans est bien portant;

une fille, Mme C...

Antécédents personnels. — Céphalées fréquentes dans l'enfance. Entérite, rougeole, pleurésie.

Menstruation débutant à 11 ans, durée habituelle 4 jours.

Enurésie nocturne datant de la naissance avec disparition entre 11 et 19 ans.

Ecartement dentaire, ébauche de tubercule de Carabelli à droite.

Langue scrotale avec leucoplasie.

Hypertrophie du corps thyroïde avec exophtalmie légère.

Réflexes tendineux vifs, le rotulien est même polycinétique.

Réflexes pupillaires normaux.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation XLVI.

Mme B... 27 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 51 ans d'une tumeur (?).

Mère morte à 63 ans de congestion cérébrale, à eu 14 grossesses :

4 enfants sont vivants;

2 mort-nés;

1 fausse-couche;

1 mort de méningite;

7 morts de convulsions, dont le frère jumeau de Mme B...

Antécédents personnels. — Mme B... serait née à terme et aurait fait ses premiers pas à 1 an et demi.

Rougeole, bronchite.

Menstruation débutant à 12 ans, régulière.

Carie dentaire dès l'âge de 20 ans, actuellement de nombreuses dents manquent.

Langue scrotale.

Légère exophtalmie avec ptosis peu accentué.

Wassermann et Hecht négatifs.

Commémoratifs obstétricaux. — Trois grossesses :

avortement à 5 mois et demi;

avortement à 2 mois;

fille pesant à la naissance 3 kgr. 800, placenta 700 gr., ictère léger à la naissance.

Observation XLVII

Mme B... 38 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 53 ans d'une rupture d'anévrysme.

Mère morte à 64 ans, syndactylie, emphysème, a eu 13 enfants, les six premiers sont morts en bas âge, les sept autres sont vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Mme B... est née à terme, pas de maladie grave de l'enfance.

Menstruation débutant à 10 ans, régulière.

Bronchite chronique avec emphysème.

Cheveux blancs dès l'âge de 13 ans.

Céphalées violentes d'origine probablement professionnelle pendant 18 mois.

Nombreuses dents cariées, incisives latérales supérieures en forme de canines. Sillons de la langue.

Wassermann négatif.

Commémoratif obstétricaux. — Neuf grossesses :

fille, à terme, 3 kgr. 040, morte de scarlatine (?) à 3 ans et demi;

fille, à terme, 3 kgr. 500 morte de scarlatine (?) à 1 an et demi.

garçon à terme, 3 kgr. 250,

fille, mort-née, 4 kgr. 625 (morte depuis la veille de l'accouchement).

fille mort-née, 2 kgr. 250 (morte depuis 2 mois).

fille, à terme, 3 kgr. 250.

fille à terme, 3 kgr. 500.

fille, à terme 2 kgr. 500, cris ininterrompus, pendant les 6 premiers mois.

avortement à 3 mois et demi.

Observation XLVIII.

Mme B... 36 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 69 ans, d'une crise d'urémie. Mère morte à 59 ans d'un ulcère de l'estomac; a eu 8 enfants ;

garçon, souffre de l'estomac, est le père de 2 jumelles mortes en bas âge;

fille, bien portante.

garçon, mort accidentellement à 24 ans;

garçon, mort de méningite vers 14 ans;

fille, morte en bas âge;

garçon, bien portant;

fille, Mme B...

Antécédents personnels. — Menstruation débutant à 11 ans, régulière. Aucune maladie grave.

Asymétrie faciale.

Carie dentaire accentuée, les dents sont très mal implantées et de forme très particulière, assez analogues à des dents de cheval.

La langue sillonnée à un degré extrême, paraît hachée.

Commémoratifs obstétricaux. — Deux grossesses :

avortement de deux mois et demi;

avortement au cinquième mois.

Wassermann et Hecht positifs.

Observation XLIX.

Mme B... 34 ans.

Antécédents héréditaires. — Père 61 ans, emphysémateux; Mère 57 ans, bien portante, a eu 2 enfants :

fille, Mme B...

fille chétive, enfance très délicate, diphtérie à 7 ans, morte à 22 ans de la grippe.

Antécédents personnels. — Mme B... est née prématurément à 7 mois, elle a eu sa première dent et fait ses premiers pas tardivement.

Rougeole, oreillons.

Menstruation débutant à 12 ans, régulière.

Carie dentaire accentuée. Voûte palatine normale.

Langue scrotale.

Commémoratifs obstétricaux. — Sept grossesses :

fille, née à terme, 3 kgr. 500, bien portante.

avortement à 1 mois et demi.

garçon anencéphale, mort-né macéré.

garçon, né à terme, 3 kgr. 750 rougeole, bronchopneumonie, actuellement bien portant.

avortement à 1 mois;

fille, à terme, 3 kg. 500, rachitisme, paralysée (?) de la jambe droite à 4 ans, actuellement à Berck;

garçon, à terme, 3 kgr. 500, malformation cardiaque, mort à 14 mois.

Wassermann et Hecht négatifs.

Observation L

Mme A... 29 ans.

Antécédents héréditaires. — Grands-parents élevés par l'assistance publique.

Père mort à 56 ans d'hémorragie cérébrale, avait eu précédemment 2 autres ictus.

Mère vivante, 62 ans, maladie du cœur, a eu 12 enfants :

fille, bien portante a eu deux jumeaux morts de convulsions et un autre enfant morts de méningite.

deux garçons et deux filles bien portants.

une fausse-couche;

un mort né;

fille, Mme A...

une fausse-couche;

une fille morte à 6 ans de convulsions après une rougeole;

deux filles bien portantes

Antécédents personnels. — Continuellement malade jusqu'à l'âge de la puberté. Céphalées fréquentes dans l'enfance, elles se reproduisent encore très souvent et la malade à plusieurs fois constaté qu'elles coïncidaient avec des poussées d'adénopathie cervicale.

Menstruation débutant à 10 ans et demi, douloureuse, règulière, durant 8 jours.

Métrite et salpingite.

Asymétrie faciale.

Maxillaire supérieur proéminent

Dents normales, larges, ébauches de tubercule de Carabelli.

Sillons de la langue.

Commémoratifs obstétricaux. — Huit grossesses :

garçon, à terme, 4 kgr., convulsions, mort de méningite à 6 ans, il était très fort et paraissait à ce moment là avoir 9 ans.

garçon à terme, 3 kgr. chétif, actuellement âgé de 7 ans.

avortement à 6 mois.

garçon, à terme, 3 kgr. 250, actuellement âgé de 5 ans, nez élargi et aplati à sa base, léger écartement des incisives médianes supérieures, tubercule de Carabelli bilatéral. Hypertrophie des amygdales. Nombreux ganglions cervicaux ?

fausse-couche à 6 mois et demi;

fausse-couche à 4 mois;

fille à terme, 3 kgr. 300, placenta : 600 gr.

Chez la mère Wassermann et Hecht sont négatifs.

On nous objectera, sans doute, que nous n'avons pas fait la preuve de l'hérédo-syphilis dans toutes nos observations. Nous nous sommes efforcé de réunir dans tous les cas un ensemble de faits qui nous a paru suffisant sinon pour faire une preuve, souvent bien difficile en pareille matière, mais tout au moins pour entraîner une conviction clinique et nous nous estimerons satisfait si nous sommes parvenu à ce dernier résultat.

CONCLUSIONS

I. La langue scrotale dont la congénitalité est au moins inconstante et plus généralement les sillons de la langue sont fréquents chez les hérédo-syphilitiques avérés.

II. Ils coïncident fréquemment avec : avortement et accouchements prématurés répétés, polyléthalité infantile, malformations et vulnérabilité dentaires, déformations osseuses plus ou moins accentuées du nez et du palais dont l'hérédo-syphilis est la cause la plus fréquente.

III. On les observe beaucoup plus rarement dans de vieilles syphilis acquises.

IV. Nous ne les avons jamais observés en dehors de la syphilis acquise ou héréditaire.

V. Les sillons de la langue doivent être considérés comme un bon signe d'hérédo-syphilis et exceptionnellement comme un stigmate de syphilis acquise ancienne.

Les réactions sérologiques ont été positives dans 23 °/₀ des cas.

Vu : Le Doyen,
H. ROGER.

Vu : Le Président,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE.

Godson (S.). — Cracked tongue. (*The Lancet.* London 1840, p. 859),

Rigal. — Séméiologie de la langue (*Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie*, 1875, p. 175).

Lemonnier. — De la glossite exfoliatrice marginée (*Thèse* Paris, 1883, p. 71).

Butlin. — Treatrise on the diseases of the tongue. Londres. 1875 (Traduct. Aigre, 1889, p. 61).

Henry (L.). — A peculiar condition of the tongue ressembling beefsteak (*Austral Med. journal*, Melbourne, mai 1887).

Brocq. — Traité des maladies de la peau ,1892, p. 388.

Lang. — Revue des sociétés savantes. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1892, p. 1903).

Montgomery. — Lingua plicata (*Pacific rec. M. et S.* San Francisco, 1898, p. 47).

Coffinas. — Séméiologie, recherches cliniques et microscopiques de la langue (*Thèse* Paris, 1898, 99).

Barthélémy. — Coup d'œil sur les glossopathies, sur quelques-unes de leurs formes chroniques, notamment sur la leucoplasie. (*Revue de stomatologie*, 1899, p. 217).

Bloch. — Langue fissurale. (*Revue de stomatologie* 1900, p. 81).

Benard. — Article « Langue ». (*La pratique dermatologique*, 1901, T. II, p. 975).

Lang. — Lingua plicata (*Wiener dermatol. Gesellschaft*, 6 février 1901).

Fredet. — Langue scrotale. (*Bull. et Mém. Soc. anatomique de Paris*, 1902, p. 492).

Gaucher et Milian. — Langue scrotale chez une hérédo-syphilitique. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1902, p. 1145).

Newborn. — A case of scrotal tongue. (*Journal cutan. diseases in syph.* New York 1903, p. 324).

Hasler. — Macroglossie avec langue scrotale. (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 9 août 1903, p. 392).

Marco-Levi-Bianchini. — Langue cérébriforme chez un aliéné épileptique. (*Nouvelle iconographie de la Salpétrière*, juillet-août, 1903, p. 252).

Barthélémy. — Rapport à la Société de dermatologie et syphiligraphie. (*Annales de dermatol. et syph.* 1904, p. 975).

Bussière. — Langue ravinée congénitale. (*Journal de Médecine* de Bordeaux, 1904, p. 431).

Testut et Jacob. — *Anatomie topographique*, 1905, T. I, p. 468).

Ed. Fournier. — La syphilis héréditaire de seconde génération (observation n° 50).

Payenneville. — Langue scrotale en série familiale. (*Annales de dermatologie et syph.*, 1905, p. 141).

— La langue plicaturée symétrique, congénitale dite langue scrotale. (*Thèse* Paris 1905).

Gaucher et Milian. — Langue scrotale avec malformations multiples. (*Annales de dermatologie et syph.* 1905, p. 699).

Dubreuil-Chambardel. — (*Archives générales de Médecine*, 1906, p. 2753).

Danlos et Blanc. — Deux cas de syphilis secondaire chez des malades atteints de glossite exfoliatrice marginée avec langue scrotale. (*Bull. de la soc. française de dermatologie*, 1907).

Bonnet. — Desquamation linguale en aires chez des adultes. (*Lyon médical* 1907, p. 7).

Ashiwara. — Ein Fall von scrotal zunge (*Japanische zeit schrift für Dermatologie und Urologie*, Tokio, août, 1908, p. 498).

Rouvière (G.). — Xeroderma pigmentosum avec langue scrotale et malformations dentaires. (*Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1909).

Parounagian. — Scrotal tongue. (*Journal of cutaneous diseases*, New York, 1911, p. 237).

Simonyi. — Ein Fall von Lingua plicata. (*Militärartz Wien*, 1912, p. 109).

Lutembacher. — Etude de quelques lésions linguales. (*Revue de stomatologie* 1912, p. 455).

Comby. — La langue scrotale chez les enfants. (*Archives de médecine des enfants.* 1912, p. 161).

Milian et Sauphon. — Cardiopathies mitrales familiales par syphilis héréditaire (*Bull. et Mém, Soc. Med. des Hôpitaux de Paris*, 31 janvier 1913).

Gaucher. — La langue fissurée ou fendillée. Son origine syphilitique ou hérédo-syphilitique. (Communication à l'Académie de Médecine. *Bulletin de l'Académie de Médecine* 1917, p. 437).

Raillet. — Leucoplasie buccale, syphilis et hérédo-syphilis. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1917, p. 1333).

— Plis et fissures de la langue chez l'adulte et chez l'enfant. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 1918, p. 802.)

Paget. — Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis de seconde génération. (*Thèse* Paris 1921).

Milian et Valle, Pinard (Marcel). — Hérédo-syphilis de seconde génération. (*Bull. de la Soc. française de dermatologie*, 1921).

Leredde et Drouet. — Sur un cas de syndrome de Basedow familial. (*Gazette des Hôpitaux*, 1921, p. 504).

Audrain. — Sur divers aspects de la descendance en cas de syphilis ancestrale insoupçonnée. (*Bruxelles Médical*, 1er décembre 1921).

Levy-Franck et Juster. — Le système sympathique et les glandes endocrines dans la glossite exfoliatrice marginée. (*Bull. de la Soc. française de dermatologie*, 1922, p. 163).

Brocq. — Hyperplasie superficielle, cérébriforme de la langue. (*Paris Médical*, 1923, p. 688).

Dubreuil-Chambardel. — Sillons et rides de la langue, (*Progrès médical* 1923, p. 688).

Barker-Beeson. — Les stigmates de l'hérédo-syphilis tardive. Etude sur cent prisonniers mâles à la Maison de Correction de Chicago. (*Progrès Médical*, 1923).

Thieme. — Lingua plicata mit glossitis exfoliativa marginata. (*Münchner Dermatol. Gesellschaft.* 29 février 1924).

Lefèvre. — La réactivation biologique de la réaction de Bordet-Wassermann (méthode Milian), sa pratique dans la recherche de la syphilis héréditaire. (*Thèse* Paris 1926).

Male. — Contribution à l'étude de l'hérédo-syphilis dans l'étiologie des troubles mentaux de l'enfance. (*Thèse* Paris, 1927).

Potelune. — Influence de l'hérédo-syphilis maternelle sur le produit de la gestation. (*Thèse*, Paris 1927).

BORDEAUX. -- Imprimerie J. BIÈRE
18, 20, 22, Rue du Peugue. — 1928.